

Année 1896

THÈSE

N°

117

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le Jeudi 24 Décembre 1896, à 1 heure,

PAR

EUGÈNE CHOYAU

Né à Saint-Hermine (Vendée), le 28 novembre 1870
Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INONDATION SANGUINE PÉRITONÉALE

PAR

RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges { M. PROUST, professeur.
 { MM. HARTMANN et CHARRIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
TYPOGRAPHIE A. DAVY

52, rue Madame, 52

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le Jeudi 24 Décembre 1896, à 1 heure,

PAR

EUGÈNE CHOYAU

Né à Saint-Hermine (Vendée), le 28 novembre 1870
Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INONDATION SANGUINE PÉRITONÉALE

PAR

RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges

{ M. PROUST, professeur.
{ MM. HARTMANN et CHARRIN, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

TYPOGRAPHIE A. DAVY

52, rue Madame, 52

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	N.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
Cliniques médicales.....	N.
Maladies des enfants.....	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....	DIEULAFOY.
Cliniques chirurgicales.....	GRANCHER
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JOFFROY.
Clinique ophthalmologique.....	FOURNIER.
Cliniques d'accouchements.....	RAYMOND
	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
	BERGER.
	GUYON
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ALBARRAN	GILBERT	MENETRIER	THIERY
ANDRÉ	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER	TUFFIER
BONNAIRE	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHANTEMESSE	HEIM	ques.	WEISS
CHARRIN	LEJARS	RETTERER	WIDAL
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD	WURTZ
DELBET	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. C. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de médecine,

Chirurgien des hôpitaux.

Chevalier de la Légion d'honneur.

Qu'il nous soit permis, au début de ce travail, de remercier les maîtres auxquels nous devons notre instruction médicale.

Le souvenir de notre premier maître, Peter, nous est cher, nous saluons ici sa mémoire.

M. le Dr Labadie-Lagrave fut pour nous un maître plein de bonté, nous n'oublierons jamais le temps passé auprès de lui.

Que M. le professeur Le Dentu, dont nous avons été l'élève durant deux années, dont une comme externe, veuille bien accepter tous nos remerciements. La nouvelle marque de sympathie qu'il nous donne en présidant notre thèse augmente encore la reconnaissance dont nous lui sommes redevable.

Nous prions notre dernier maître, M. le Dr Comby, de recevoir ici, pour les savants conseils qu'il nous a prodigués, l'assurance de notre vive et respectueuse sympathie.

Nous adressons nos remerciements à nos maîtres interimaire MM. les Drs Richardière, Charrin, Le Noir, Gilles de la Tourette, Ricard, Queyrat.

MM. les Drs Picqué, Delbet, Lyot, Lion, Pichevin, Appert ont, à des titres divers, droit à notre reconnaissance.

Nous remercions tout particulièrement le Dr Mauclaire pour l'estime qu'il nous a témoignée depuis le début de nos études, nous n'oublierons pas ce que nous lui devons et nous l'assurons de notre inaltérable amitié.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'INONDATION SANGUINE PÉRITONÉALE
PAR
RUPTURE DE GROSSESSE TUBAIRE

INTRODUCTION

« Je crois qu'il faut distinguer, aussi bien au point de
« vue clinique qu'au point de vue thérapeutique, les
« ruptures avec inondation du péritoine et les épan-
« chements primitivement enkystés, véritables héma-
« tocèles. »

Démontrer l'exactitude de cette opinion, émise par
M. Tuffier lors de la discussion sur la grossesse extra-
utérine, à la Société de chirurgie (1), sera le but de notre
travail.

Si nous conservons à l'hématocèle sa définition clas-
sique, nous voyons que ce nom s'applique aux épanche-
ments sanguins enkystés, ou mieux collectés au voisi-

(1) Soc. de chir., 5 février 1896.

nage de l'utérus. Elle répond à l'affection si bien décrite par Nélaton, et dont l'hématocèle rétro-utérine est le type. A côté de cette forme, on en décrit une seconde à laquelle Barnes a donné le nom « d'hématocèle cataclysmique ». Celle-là seule nous intéresse. Doit-on lui conserver son nom d'hématocèle? Est-elle aussi rare que le pensaient les anciens auteurs et que le pensent encore avec eux beaucoup de chirurgiens contemporains? Quel genre de traitement doit-on lui opposer? Telles sont les questions que bien d'autres avant nous ont essayé de résoudre et à la solution desquelles notre travail vient apporter sa modeste contribution.

Voyons d'abord ce qu'a d'illogique ce nom d'hématocèle, c'est-à-dire tumeur sanguine, appliqué à une hémorragie libre dans le péritoine. Il n'est pas indifférent de réunir sous un même nom, deux accidents, l'hématocèle et l'inondation sanguine péritonéale, qui, pour avoir toujours, ou plus exactement presque toujours, le même point de départ, la G. E. U. (2), différent grandement au point de vue de leur évolution clinique et surtout de leur pronostic. Le danger de cette terminologie, à notre avis défectueuse, a été d'établir une confusion entre les hémorragies péri-utérines; il en est résulté cette opinion si répandue que toutes doivent aboutir fatalement à l'hématocèle, c'est-à-dire à l'arrêt spontané de l'hémorragie.

Non seulement l'hémorragie qui tue a été considérée comme une rareté, mais certains auteurs n'ont pas craint de nier jusqu'à la possibilité de son existence (1).

(1) Grossesse extra-utérine.

(2) Condamin. *Lyon Méd.*, 4 novembre 1894.

Bernutz avait déjà établi cette distinction, entre les hémorragies libres intra-péritonéales, et l'hématocèle vraie. Mais ses raisons étaient différentes des nôtres; il considérait l'hémorragie libre comme ressortissant seule à la G.E.U., et attribuait à l'hématocèle vraie cette pathogénie multiple et fantaisiste, dont les travaux contemporains ont fait justice. Aujourd'hui hémorragie péri-utérine et grossesse ectopique sont intimement unies; celle-ci est presque toute la pathogénie de celle-là. Mais l'hématocèle classique est l'état chronique et subaigu de l'hémorragie, alors que l'inondation péritonéale en est l'état aigu et suraigu.

C'est ce que Thévenard (1) a bien compris, lorsqu'il dit : « Il y a entre l'hématocèle et l'inondation péritonéale, la même différence qu'entre un hématome et une hémorragie à sa période active. »

Ce n'est pas une étude complète de la grosse ectopique que nous voulons faire, le sujet est trop vaste et demande une compétence plus éclairée que la nôtre. Ce n'est pas davantage une étude générale des hémorragies intra-péritonéales, nous laisserons de côté l'hématocèle vraie, celle qui aboutit à la formation d'une tumeur sanguine, sans que l'hémorragie ait pu par son abondance mettre en danger la vie de la malade.

Notre sujet est plus limité, il s'adresse exclusivement aux cas G. E. U. dans les cinq premiers mois, dont la rupture a interrompu l'évolution en s'accompagnant d'une hémorragie rapidement mortelle si l'on n'intervient pas.

(1) Thèse de Paris, 1896.

La thérapeutique de cette accident est tout entière contenue dans ce grand principe de chirurgie générale :
« lorsqu'une artère saigne, il n'y a qu'un traitement à
« opposer : c'est d'aller porter une ligature sur le point
« qui donne du sang. »

Nous voudrions montrer que, à l'encontre de l'opinion trop généralement admise, de tels cas sont relativement fréquents. Si leur nombre est chez nous assez restreint, c'est que, peu connus, il causent souvent des erreurs de diagnostic lesquelles sont fatales pour les malades. Nous pensons que les médecins mieux prévenus de la possibilité de tels accidents sauront les reconnaître *vite*, permettant ainsi par la rapidité et la sûreté de leur diagnostic l'intervention précoce le plus souvent nécessaire pour sauver les malades.

HISTORIQUE

Il est peu de questions qui soient plus redevables à l'antisepsie que celle qui nous occupe. Certes, la grossesse ectopique, les épanchements sanguins au voisinage de l'utérus ne sont pas des notions introduites d'hier dans la pathologie ; il y a plus, les faits de Sabatier, de Littré, de Duverney, d'Albert de Brème, de Bianchi (1) avaient déjà montré la grossesse tubaire provoquant la rupture de la trompe et causant la mort par hémorragie. Mais rien ne faisait soupçonner le rapport intime et direct, tel qu'on le comprend aujourd'hui, existant entre la grossesse ectopique et les hémorragies intra-pelviennes. Il a fallu pour cela arriver à la période contemporaine. Les interventions plus nombreuses, et le microscope aidant, ont permis de saisir la lésion à son origine.

On pourrait diviser en trois périodes l'histoire des hémorragies péri-utérines. La première *ou période d'observation* qui va jusqu'en 1850, et pendant laquelle les faits restent rares et sont le plus souvent des trouvailles d'autopsie. Nul lien n'apparaît entre eux, chaque observateur émettant, à son occasion, une nouvelle théorie pathogénique.

Plus féconde est la deuxième période *ou période clinique* à laquelle, d'une façon un peu arbitraire, nous

(1) Goupil, in Bernutz et Goupil. Clin. des mal. des femmes, 1860.

fixerons comme limite la date de 1886. Avec Nélaton et les auteurs qui, après lui, étudièrent la question, ce fut surtout le côté anatomo-clinique que l'on essaya de mettre en lumière. En revanche, la pathogénie se compliquait comme à plaisir. Bernutz, dans un essai de classification des causes de l'hématocèle faisait la part à huit variétés. Péritoine, ovaires, plexus utéro-ovarien, trompes, sont tour à tour, avec des fortunes diverses, considérés comme cause de l'hématocèle.

Dans la période contemporaine que nous nommerons *période thérapeutique*, la question prend un nouvel aspect; et, si nous lui avons fixé comme début cette date de 1886, c'est que parut alors le livre de Lawson Tait (*Lect. on ectopic pregnancy. and pelvic hæmatocele*) qui montrait la question sous son vrai jour, et fixait d'une manière définitive l'importance de la G.E.U. dans les hémorragies intra-péritonéales. Que de chemin parcouru depuis Laugier (1) et sa ponte ovulaire, depuis Fenerly (2) faisant le premier intervenir l'hémorragie tubaire! Cette notion à peine entrevue et considérée comme une exception, s'élargit avec Gallard (3), avec Bernutz et Goupil (4), avec Schröder (5) et Fritsch (6); mais ce n'est, il faut le reconnaître, qu'avec Lawson Tait qu'elle prend corps et devient ce qu'elle est aujour-

(1) C. R. de l'Acad. des Sc., 1855.

(2) Fenerly. Th. de Paris, 1855.

(3) Gallard. *Bull. Soc. Anat.*, 1855.

(4) Bernutz et Goupil. *Loco citato*.

(5) Schröder. *Wiener Med. Wochen*, 1873.

(6) Fritsch. Hématocèle rétro-utérine. *Lassernburg Klinischer*, von Rich. Volkmann, 1873.

d'hui. La liste de ceux qui ont marché sur ses traces, est longue et difficile à dresser sans oublier quelques noms. Nous citerons : Werth, Orthmann, Veit, Martin, Sænger, Zedel, en Allemagne. Mais c'est surtout en Angleterre et en Amérique que la question a été étudiée; nous ne saurions citer tout le monde, qu'il nous suffise de rappeler ici les noms de Bland Sutton, Alban Doran, Mayo Robson, Cripps, Briscoe, Lamphear, Cullingworth, Croom, Webster, etc., en Angleterre; Price, Nammack, Richardson, Rufus Hall, Grandin, Parry, Munde, Coe, Ross, Johnson, Boldt, Grant Baldwin, Boland, Bovée, Jepson, en Amérique; en Russie, de Strauch et Vasten.

FRÉQUENCE DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE.

Il est donc admis aujourd'hui que la grossesse ectopique (quelques-uns disent tubaire, ne reconnaissant avec L. Tait que cette seule forme, et le résultat de nos recherches nous fait ranger à cette opinion), est la cause la plus fréquente et presque unique de l'hématocèle suivant toutes ses modalités cliniques.

Il nous suffira par conséquent d'établir la fréquence de la grossesse tubaire, pour montrer l'importance de sa terminaison la plus habituelle : la rupture de la trompe. S'il ne nous est pas possible, la clinique s'accommodant mal de l'exactitude mathématique, de fixer le rapport précis entre les ruptures en général et la rupture amenant avec elle l'inondation sanguine péritonéale, nous apporterons à l'appui de notre opinion la multitude de preuves que nous avons pu recueillir, ce qui nous permettra de montrer la fréquence relative, et partant l'importance de cette dernière variété d'accidents.

Les observations de grossesse ectopique ont été en se multipliant, d'année en année. Goupil, à une époque où elle était considérée comme rare, en réunit 42 cas. Puis ce sont les médecins légistes qui viennent apporter leur tribut à cette statistique ; c'est Formad (1) de Philadelphie qui, en 1850, en avait déjà vu 30 cas sur la

(1) *In Reynolds. Brit. Med. J.*, 1893.

table d'autopsie; Hoffmann (1) rapporte 8 cas observés dans des conditions identiques. Plus récemment (2) Fenger montre bien la proportion toujours croissante des cas publiés, il en relève aux États-Unis, 50 cas en 1887, 70 cas en 1888 et 110 en 1889; en trois ans, de 1883 à 1886, Lawson Tait intervient 21 fois et deux ans plus tard ce chiffre s'élève à 42. Ces résultats ne sont pas dus à des artifices de statistique, il n'y a pas là non plus comme quelques-uns l'ont avancé une prédisposition spéciale de la race anglo-saxonne pour la grossesse ectopique. Passons, en effet, à la Russie et nous verrons que les Slaves ne sont pas davantage épargnés : Vastén (3) a vu, en trois ans, 77 cas à l'hôpital Oboukhoff et sur ce nombre 18 ont été opérés *in extremis* pour rupture grave avec inondation péritonéale. Jusqu'en 1886, le nombre des laparotomies faites en Russie pour ruptures était de 19; de 1886 à 1893, il passe à 35 (4).

Himmelfarb (5) en 1888 avait recueilli 36 cas dont 24 suivis de mort par suite de la rupture du sac.

Plus nombreux encore sont les faits rapportés par Parry qui a réuni 508 observations. Schauta (6) a fait un relevé de 626 cas de 1876 à 1891.

En France, les recherches sur ce sujet ont été, durant

(1) *Allg. Wien. Med. Zeitschr.*, 1888, n° 25.

(2) Fenger. *Am. J. Of. Obst.*, 1891, 7 janvier.

(3) Vastén. *Wratch*, 8 et 13 mai 1896.

(4) Casimir Zmigrodzki. *Rev. Intern. de Méd. et de Chir. prat.* 1895.

(5) Himmelfarb. *Journ. russe d'Obst. et de Gyn.*, 1888, p. 281.

(6) Schauta. *Beitr. zur. Casuistik, Prognose und Therapie der Extrauterinshwangerschaft*, 1891.

ces dernières années, nombreuses et fécondes en résultats. Maygrier, Poncet, Pozzi, Reynier, Binaud (1), Gauthier (2), Cestan (3), Tainturier (3), Thévenard (5), Bertrand (6), Pilliet et la récente discussion sur la G. E. U. à la Société de chirurgie ont montré avec quel intérêt cette question était étudiée chez nous.

(1-2-3-4-5) Thèses de Paris, 1892, 1893, 1894, 1896.

(6) Thèse de Nancy, 1895.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La fréquence de cette maladie étant établie, une étude rapide de l'anatomie pathologique nous montrera comment la grossesse ectopique évolue, normalement pourrions-nous dire, vers la rupture.

Nous prendrons pour guide, dans cette revue de l'anatomie de la trompe gravide, le travail de Gauthier (1), et les recherches histologiques de Pilliet dont le nom fait autorité en la matière.

Nous n'insisterons pas sur les diverses théories émises pour expliquer les causes de la grossesse ectopique. La question a été bien étudiée dans la thèse de notre ami Tainturier (2), nous ne saurions mieux faire que d'y renvoyer ceux qui désirent l'approfondir.

La grossesse ectopique est fréquente, c'est là un fait certain, démontré. Il nous reste donc à indiquer pourquoi l'évolution jusqu'à terme est l'exception, quelles sont les conditions anatomiques qui amènent la mort de l'œuf et quelles sont les complications dont celle-ci s'accompagne.

Tous les obstacles que l'œuf fécondé va rencontrer dans

(1) A. Gauthier. Sur la rupt. de la gros. tub. et sur l'avort. tub. Th. de Paris, 1893.

(2) G. Tainturier. Etiologie des grossesses extra-utérines. Th. de Paris, 1894.

son évolution découlent d'une cause unique et facile à prévoir : la non-adaptation de la trompe au rôle qui lui échoie. Pilliet a très bien formulé ces raisons, nous ne saurions mieux faire que de citer ses paroles : « La trompe, dit-il, est une portion des canaux de Müller assez différenciée chez la femme pour que la greffe ovulaire et la placentation y soient devenues difficiles, et * pour ainsi dire hors nature, puisque ces actes se doivent passer dans un organe muni des plexus vasculaires suffisants pour l'alimentation du placenta et des plexus musculaires nécessaires pour l'expulsion du fœtus à terme, et que la trompe ne possède à un degré suffisant ni ces vaisseaux ni ces muscles. »

L'œuf arrêté et fixé dans l'un des sillons muqueux de la trompe va produire, dans les organes génitaux, et dans l'organisme tout entier de la femme, des modifications très importantes. Nous verrons au chapitre du diagnostic quel intérêt offrent les modifications survenues par action réflexe dans l'utérus et dans le vagin. Nous verrons également que cette gestation anormale provoque un ensemble de symptômes qui est comme la réduction du tableau que l'on observe dans la grossesse utérine. Nous reviendrons sur cette question, disons seulement que le vagin devient violacé, que l'utérus augmente de volume, que sa muqueuse se transforme en caduque et que son col se ramollit.

Mais c'est du côté des annexes que se produisent les phénomènes les plus importants. La trompe s'adapte à sa nouvelle fonction. L'œuf greffé doit pour prospérer recevoir une nourriture abondante : les vaisseaux augmentent de volume et se multiplient dans la trompe et

dans le ligament large. Cet ovule arrêté dans sa migration est la cause d'un énorme varicocèle physiologique. Ceci nous explique déjà comment une déchirure, même légère, pourra dans une semblable région devenir l'origine d'une hémorragie considérable. Ne voyons-nous pas, en effet, dans l'observation de Bianchi (1), les dimensions de la rupture ne pas dépasser le volume d'un grain de blé, dans celle de Köner (2) le volume d'une tête d'épingle, et cependant l'hémorragie être assez abondante pour emporter les malades; et ces deux faits ne sont pas isolés, nous en pourrions citer de semblables dans les observations recueillies par nous.

Les modifications subies par la trompe ne sont pas limitées au système vasculaire. Son volume augmente, son calibre s'agrandit. Il y a hypertrophie de tous les éléments constitutifs de l'oviducte.

A l'endroit même où l'œuf s'est fixé, la trompe présente une dilatation ampullaire très nette dans la plupart des cas. Tous les points du canal peuvent être le siège de cette greffe ovulaire, de l'orifice utérin jusque sur les franges du pavillon. Disons même en passant que cette dernière localisation est probablement l'origine des variétés de grossesses dites abdominales et ovariennes. Le lieu d'élection semble être cependant le tiers externe de la trompe. Martin (3) donne la proportion suivante : 49 fois sur 55 cas. Des orifices, l'interne reste généralement perméable; quant à l'orifice externe,

(1) Bianchi. De naturali in humano corpore vitiosa, morbosaque generatione, p. 152.

(2) Köner, in Moreau, thèse 1853.

(3) Martin *Centralblatt f. Gyn.*, 92, n° 39.

il se passe à son niveau un travail inflammatoire qui amène l'occlusion du pavillon par accollement des franges entre elles. Ce travail est en général terminé vers la fin de la sixième semaine (Bland Sutton). Ceci nous expliquerait, d'une façon un peu trop schématique, peut-être, comment on a avortement tubaire avant la septième semaine et rupture de la trompe à une époque plus avancée de l'évolution de l'œuf.

Continuons notre étude des modifications qui surviennent dans la structure de l'oviducte. Il y a hypertrophie de la tunique musculuse surtout marquée sur les fibres circulaires. Quant aux vaisseaux ils sont principalement nombreux dans les couches externes, les veines sont énormes, les artères sinueuses.

L'œuf en se développant efface, à son niveau, les replis de la muqueuse. Dans la musculuse de grands espaces sanguins se sont formés, diminuant d'autant la résistance de cette enveloppe. Les faisceaux musculaires sont écartés, car l'hypertrophie n'est pas proportionnelle à l'augmentation de volume : la dilatation l'emporte sur l'accroissement en épaisseur. La paroi en certains points n'est plus formée que d'une mince couche de tissu conjonctif. Voilà le terrain tout préparé pour la rupture. Sous l'influence de la moindre augmentation de tension dans l'intérieur de la trompe, la rupture se fait. Nous verrons plus loin quelle est la cause déterminante de cet accident.

La muqueuse, suivant en cela l'évolution de celle de l'utérus dans la grossesse normale, s'est transformée en caduque. Les histologistes ne sont pas d'accord sur l'existence de la caduque vraie et de la caduque réflé-

chie, mais tous ont constaté la présence de la caduque intertuboplacentaire.

Comment se développe le placenta, dont l'histoire est intimement liée à la pathogénie de la rupture et de l'hémorragie ?

Il siège le plus souvent sur le côté opposé à l'insertion ligamenteuse de la trompe. Cette notion sera de la plus haute importance pour montrer la fréquence de l'hémorragie intra-péritonéale, quand nous aurons expliqué le rôle du placenta dans le mécanisme de la rupture.

Suivant Zedel, les villosités sont grêles, peu solidement unies jusqu'au deuxième mois, la vie de l'œuf est précaire; puis, les villosités pénètrent de plus en plus dans la profondeur de la muqueuse. « Elles la corrodent et pénètrent dans le chorion à la recherche des vaisseaux maternels. Elles ne peuvent rencontrer les sinus qui n'existent que dans l'utérus. Mais pour tant les vaisseaux de la trompe subissent une dilatation considérable au voisinage du point atteint. » (Pilliet) (1).

Voici comment s'établit la circulation placentaire : les veines se dilatent progressivement, atteignant au bord du placenta jusqu'à 8 et 10 centimètres, constituant alors, par leur communication avec les veines voisines, les grands espaces sanguins signalés plus haut. Les parois des vaisseaux amincies de plus en plus sont réduites à une couche unique de cellules endothéliales. Les artères devenues flexueuses prennent la

(1) *Nouv. Arch. d'Obst. et de Gyn.*, 1894, p. 1.

forme hélicine à partir de leur entrée dans la caduque, et s'ouvrent librement dans l'espace intervilleux. Elles ont, comme les veines, perdu peu à peu leurs tuniques et ne forment plus qu'un canal bordé d'un endothélium. Cette évolution terminée, les deux placentas maternel et foetal sont constitués; la vie du foetus quoique précaire est assurée. Les villosités choriales baignent dans le sang maternel qui vient immédiatement en contact avec la couche externe de leur épithélium. Les conditions réalisées pour la circulation placentaire sont ici, toutes proportions gardées, les mêmes que dans la grossesse utérine.

Cette circulation est très active, à preuve les hémorragies souvent mortelles, toujours inquiétantes, qui accompagnent la rupture du sac.

MÉCANISME ET ÉPOQUE DE LA RUPTURE

La rupture se fait presque toujours au niveau de l'insertion placentaire (L. Tait). Il y a là non pas une simple coïncidence, mais un fait caractéristique qui ne devait pas échapper aux observateurs et diriger leurs recherches vers l'étude du placenta et de la paroi tubaire à son niveau.

Nous avons montré plus haut par quel moyen l'œuf était uni à son utérus d'occasion ; nous avons insisté sur ces grands espaces sanguins dont se creuse la paroi de la trompe, et où les villosités baignent dans le sang maternel. Vascularisation exagérée, distension et amincissement des parois, voilà réalisées les conditions qui nous font prévoir la rupture.

Celle-ci n'est cependant pas la seule terminaison de la grossesse ectopique. L'œuf peut être arrêté dès les premiers stades de son évolution et donner lieu à la formation d'un hématosalpinx ou d'un avortement tubaire.

Nous n'insisterons pas sur ces deux variétés de complications, quoique l'avortement puisse dans quelques cas donner naissance à une hématoécèle volumineuse et même à une inondation péritonéale mortelle (L.).

L'avortement est l'expulsion, en bloc ou par fragments, de l'œuf, sans rupture de la trompe. Les vaisseaux de la paroi n'étant pas rompus, ceci nous explique la

bénignité relative de ce mode de terminaison, qui peut se faire, soit dans le péritoine, soit dans l'utérus. Dans le premier cas, on a la variété tubo-abdominale; dans le second, tubo-utérine. Celle-ci est la moins fréquente, ce qui s'expliquerait par la situation la plus habituelle de l'œuf, dans le tiers externe de la trompe.

Les causes prédisposantes de la rupture étant suffisamment indiquées, quelles seront les causes déterminantes de l'accident ?

« Sous l'influence d'une poussée congestive, soit menstruelle, soit fonctionnelle de l'utérus » (Pilliet), l'œuf se décolle : la conséquence immédiate est l'issue du sang de l'espace intervilleux dans la trompe. Il y a formation d'un caillot entre le placenta et la paroi tubaire, la tension dans la cavité est augmentée; résultat : une nouvelle hémorragie. En effet, si le caillot formé fait tampon et assure l'hémostase, d'un autre côté il provoque fatalement des tiraillements de la trompe, par suite, décollement d'une nouvelle portion du placenta et l'hémorragie se reproduit.

La vitalité de l'œuf est fort compromise dès la première hémorragie; à quoi attribuer celles qui surviennent après la mort de l'œuf ?

Ainsi que l'a constaté Pilliet, « les villosités ont un aspect différent sous l'amnios et à la périphérie de la trompe ».

« Les premières sont en voie d'atrophie, les villosités « périphériques sont au contraire actives..... elles « s'avancent très profondément entre les plans musculaires, et donnent lieu à une série d'hémorragies interstitielles disséquant les parois..... elles conservent

« leur caractère végétant au contact des vaisseaux ma-
« ternels, se conduisant par conséquent en parasites :
« c'est en somme un déciduome végétant consécutif à
« une grossesse tubaire. Il s'ensuit secondairement que
« l'hémorragie et la perforation sont dues à ce proces-
« sus végétant. L'hémorragie n'est due ni à une artère
« ni à une veine, elle est formée en nappes par les vais-
« seaux de la mère, car les villosités qui les ont ouverts
« finissent par s'atrophier peu à peu et ne peuvent
« résister aux poussées congestives dont le système
« génital est l'objet (Pilliet) (1). »

Nous voyons donc que, même mort, l'œuf pourra pro-
duire une hémorragie, et ceci nous explique bien les cas
d'avortement tubaire, de rupture de la trompe, où l'on
ne trouve plus trace d'embryon et où le microscope
seul permet d'affirmer la grossesse tubaire. Ceci dit
pour les cas où la première hémorragie s'est faite peu
après la fécondation. Mais le mécanisme est le même
pour les grossesses plus avancées dans leur évolution,
seules les conséquences sont plus graves du fait de la
vascularisation qui est considérable.

Voici donc la rupture faite. Quels sont ses caractères?
A quel moment se produit-elle ?

Elle peut survenir dès la première hémorragie, plus
souvent elle est due à des hémorragies successives dans
l'intérieur de la trompe et ceci nous explique bien cette
succession de crises douloureuses survenant chez les
malades, aboutissant à la rupture de l'oviducte et à
l'inondation péritonéale. Ce tableau se trouve fréquem-

(1) Pilliet, Soc. Anat. 1894, juillet.

ment dans les observations que nous avons recueillies.

Peu importent les dimensions de la rupture sur la gravité de l'hémorragie. A peine visible dans certains cas, elle a cependant suffi à produire la mort par anémie aiguë (XX).

En général, ses dimensions atteignent 1 ou 2 centimètres, rarement plus. Il nous faut ici insister sur les cas de grossesses tubo-interstitielles, la rupture intéressant la paroi utérine produira une hémorragie considérable (LII, LIII).

Suivant la plupart des auteurs, la rupture survient entre la 4^e et la 12^e semaine ; rarement avant, quelquefois plus tard. Duncan (1) est plus affirmatif ; pour lui, toutes les grossesses tubaires se rompent avant la 12^e semaine. Nous allons rapporter ici le résultat de nos recherches sur ce point spécial de la question.

Nous avons fait un relevé des cas d'inondation péritonéale rapportés dans les ouvrages publiés en France sur la grossesse ectopique : la thèse d'agrégation de Maygrier (2) et les thèses inaugurales de Binaud, Gauthier, Cestan (3) : cela nous a donné un total de 248 cas, jusqu'à l'année 1894.

Depuis cette époque, nous avons recueilli dans les publications tant françaises qu'étrangères (surtout étrangères), la plupart des cas publiés, nous avons obtenu 171 observations plus trois cas inédits. Nos recherches portent donc sur un total de 422 cas et nous

(1) *The Lancet*, 1890.

(2) Maygrier. Thèse d'agrégation, 1886.

(3) Binaud, Gauthier, Cestan. Thèses de Paris, 1892, 1893, 1894.

n'avons pas la prétention de donner une statistique complète.

Sur ce chiffre de 422 cas, 230 fois l'âge de la grossesse au moment de la rupture était indiqué avec assez d'exactitude pour que nous puissions en tenir compte.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés en cherchant à établir quelle est la proportion des ruptures aux différents âges de la grossesse.

Nous avons trouvé 33 ruptures (1) dans le premier mois ; 99 dans le second, 70 dans le troisième, 49 dans le quatrième, 8 dans le cinquième et une dans le sixième (XC).

Si nous avons rapporté ce dernier cas, où l'intervention, 16 heures après le début des accidents, fut suivie de succès, c'est dans le double but de montrer la rareté des grossesses évoluant jusqu'au sixième mois, et la possibilité de sauver les malades par une intervention précoce, même dans les cas de grossesse avancée.

Les chiffres rapportés plus haut nous donnent au pourcentage ; dans le premier mois, 14,3 p. 100 ; dans le second, 43 p. 100 ; dans le troisième, 30,4 p. 100 ; dans le quatrième 8,2, et 3,4 p. 100 dans le cinquième.

Ces résultats sont très voisins de ceux obtenus par la plupart des auteurs. Nous voyons en effet avec L. Tait que le maximum des ruptures se produit de la 4^e à la 12^e semaine : 169 sur 230 cas, ce qui donne 73,4 p. 100.

Hecker (2) rapporte 45 cas de rupture dans lesquels

(1) Nous ne parlons pas de la rupture en général, quoique vraisemblablement nos conclusions puissent lui être appliquées, mais des ruptures suivies d'inondation sanguine péritonéale.

(2) Hecker *Monatssch. f. Geb.* Berlin 1859, t. XIII, p. 84.

l'accident était survenu 26 fois dans les deux premiers mois, 11 fois dans le troisième, 7 fois dans le quatrième et 1 fois dans le cinquième. Ce qui fait 57,7 p. 100 dans les deux premiers mois, chiffre que nous avons également obtenu.

En résumé, c'est de la 4^e à la 12^e semaine que la rupture de la trompe vient le plus souvent mettre un terme à l'évolution de la grossesse ectopique. Déjà rare dans le quatrième mois, leur nombre est presque négligeable dans le cinquième où nous comptons 8 cas de rupture sur un total de 230.

Ce résultat était à prévoir, étant données la rareté de la grossesse ectopique obstétricale et son extrême fréquence au point de vue chirurgical; entendant par là tous les cas arrêtés dans leur évolution et où la grossesse n'intervient plus que comme notion pathogénique.

La trompe rompue, deux cas sont à considérer, suivant que la rupture s'est faite dans le péritoine ou dans le ligament large. Nous dirons tout d'abord que cette dernière variété est la plus rare, sans toutefois nier son existence, comme Price (1), qui sur 83 laparotomies pour grossesse tubaire ne l'a pas rencontrée une seule fois. Quoi qu'il en soit, l'hémorragie se faisant alors en plein tissu cellulaire, l'hémostase se fait spontanément et l'hématocèle extra-péritonéale est constituée. Ceci est la marche habituelle dans cette forme. Nous avons cependant recueilli une observation, où malgré le siège de la rupture entre les feuillets du ligament large, l'hémorragie ne s'arrêta point et mit la patiente dans un

(1) *Med. and Surg. reporter*, 1893, p. 509.

état d'anémie tel que l'intervention devint nécessaire (XL).

En général, nous l'avons dit plus haut, l'hémorragie s'arrête, mais tout péril n'est pas écarté, le danger s'est transporté de la trompe à l'hématocèle et sous l'influence d'une nouvelle poussée hémorragique la rupture se fait dans le péritoine, donnant naissance à la forme dite cataclysmique secondaire (LXXVII). L'hémorragie va se comporter alors comme dans la rupture primitive dans la cavité péritonéale. Voyons quelle sera la marche de l'hémorragie dans le péritoine. La rupture faite, le sang qui vient tout à la fois des parois de la trompe, du sac, du placenta ou seulement de l'une quelconque de ces parties, trouve pour s'épancher la plus vaste cavité de l'organisme. Théoriquement, il semble que cette hémorragie, que rien ne vient limiter, ne saurait avoir d'autre terminaison que la mort de la patiente par anémie aiguë. Fort heureusement il n'en est pas toujours ainsi, l'immense majorité des hématocèles enkystées en est la preuve. Nous verrons quelles sont les causes qui favorisent l'hémostase dans certains cas et qui manquant dans les autres conduisent à l'hémorragie profuse, à l'inondation péritonéale.

Les expériences entreprises pour étudier la question ont montré que le sang épanché dans un péritoine à épithélium intact n'a aucune tendance à la coagulation. Cet épithélium semble jouer le rôle de l'endothélium vasculaire pour maintenir le sang à l'état liquide (1).

(1) Glénard. Contribution à l'étude des causes de la coagulation spontanée du sang à son issue de l'organisme. Th. de Paris, 1876. — Il montre, par ses expériences, « que l'influence coagulatrice du

Les résultats obtenus par Laborde, Poncet, Veit, sont unanimes sur ce point. Les sinus ouverts, les artères déchirées, ne renferment plus dans leurs parois, réduites à un épithélium, d'éléments contractiles capables de rétrécir leur calibre et d'amener leur oblitération.

Ajoutez à cela les déplacements de la malade, les mouvements continuels imprimés à la masse intestinale dans l'inspiration et dans l'expiration, et il sera facile de se rendre compte des conditions défectueuses qui s'opposent à la coagulation au niveau de la rupture.

Plusieurs de nos observations sont à ce point de vue démonstratives : dans celles-ci (II, III, XVI, XXII, XXVII, XXXIV, XLVI, XLVII, L, LIII, LVII, LXIII, LXXIV, LXXV, LXXXIV, XCI, XCII, XCIII, XCVIII), où l'intervention n'eut lieu que plusieurs heures, quelques jours mêmes après le début des accidents, l'hémorragie était encore à sa période active, et l'opérateur put constater *de visu* que le sang s'écoulait rutilant, de la paroi rupturée.

Dans le péritoine, le sang trouve toujours un espace à envahir ; là il ne rencontre jamais cette pression qui dans les autres régions (mailles du tissu cellulaire) fait tampon et assure l'hémostase.

Quelques auteurs ont fait intervenir, à tort, la pression abdominale ; elle n'est ni assez considérable, ni assez constante pour amener l'arrêt du sang. Si, en effet, le manomètre a montré une légère augmentation

contact des corps étrangers (le péritoine dans le cas qui nous intéresse) est d'autant moins grande que par leur structure physique ces corps étrangers se rapprochent davantage de la structure physique du vaisseau ». Mathias Duval. Physiologie, 202.

de la pression durant l'expiration, il a aussi fait voir une diminution de celle-ci pendant l'inspiration; et ces alternatives en plus et en moins ne sauraient avoir qu'un effet plutôt nuisible sur l'hémostase spontanée. Ce n'est pas ainsi que l'organisme intervient pour amener la cessation de l'écoulement du sang : c'est par des syncopes. Mais, comme le fait remarquer Lawson Tait, elles ne sont pas assez prolongées pour être efficaces; l'entourage de la malade, le médecin lui-même, les combattent par tous les moyens en leur pouvoir. Cette médication inopportune contribue souvent à augmenter et dans quelques cas à faire renaître l'hémorragie.

Le cœur, dont les contractions affaiblies favorisent la stase sanguine, est soumis à l'action d'une médication stimulante énergique dont l'effet le plus certain est le renforcement de la systole cardiaque et par suite un redoublement de l'activité circulatoire au niveau de la rupture tubaire.

Nous avons déjà parlé de l'importance de l'état du péritoine sur la marche de l'hémorragie. On sait avec quelle rapidité se résorbe le sang épanché dans un péritoine sain. Mais si la quantité de sang répandue est considérable, et c'est le cas dans la rupture tubaire, il se forme dans la masse liquide des caillots assez nombreux qui, jouant le rôle de corps étrangers, altèrent le péritoine et diminuent son pouvoir de résorption. A plus forte raison, si la séreuse est altérée avant l'hémorragie, le sang ne se résorbe pas, se coagule; il y a enkystement par formation de fausses membranes qui limitent le foyer de l'hémorragie et l'isolent de la cavité péritonéale. C'est ainsi que les choses doivent se passer le plus

souvent, conduisant l'hémorragie à l'hématocèle. La clinique nous apprend en effet que les malades chez lesquelles survient cet accident, ont souffert d'affections utérines annexielles et péri-utérines qui ont amené l'altération du péritoine pelvien. On pourrait donc dire avec M. Segond : dans péritoine malade, petit épanchement ; dans péritoine sain, grande hémorragie. Nous ferons cependant remarquer ce qu'une telle formule a d'absolu ; l'état de la séreuse n'est pas seul à considérer, d'autres facteurs importants interviennent et influent sur l'hémorragie.

Nous citerons en premier lieu l'époque de la rupture : il est évident que plus la grossesse sera à une époque avancée de son évolution et plus l'hémorragie aura chance d'être considérable. Ceci est loin cependant d'être une règle certaine, et la clinique, dans laquelle l'imprévu joue un si grand rôle, nous montre, à côté de ruptures mortelles dès les premières semaines, d'autres cas où la rupture, survenant à une époque avancée, n'a déterminé qu'une hémorragie insignifiante et a permis au fœtus, mis en liberté au milieu des anses intestinales, d'évoluer jusqu'à terme.

Le siège de la grossesse a aussi son importance et nous avons déjà souligné la gravité de la rupture dans la variété de grossesse dite interstitielle. Dans ce cas la rupture est à la fois précoce et fort grave (XXXVI, LII, LIII).

Il faut aussi avec Zedel et Martin tenir compte des faits terminés par avortement. Mais doit-on dire avec le premier : La grossesse ectopique se termine inévitablement avant le cinquième mois suivant deux modes :

1° par rupture vraie, avec hémorragie grave sans enkystement et mort presque fatale ; 2° par avortement tubaire avec épanchement lent et formation d'hématocèle? Nous ne le pensons pas, nous savons en effet, d'une part, que l'avortement peut s'accompagner d'hémorragie mortelle et, d'autre part, nombreuses sont les hématocèles opérées à froid où la trompe fut trouvée rupturée, et même largement rupturée au milieu des caillots.

Les multiples conditions qui précèdent et accompagnent l'hémorragie, nous expliquent les divergences d'opinions si tranchées, que l'on constate entre les auteurs qui ont écrit sur ce sujet de 1850 à 1870 et ceux qui l'ont étudié depuis. Pour les premiers, l'enkystement est une règle qui souffre peu d'exceptions. Les autres sont plus divisés d'opinions ; les uns, avec Lawson Tait, considèrent l'enkystement comme tout à fait exceptionnel ; d'autres, avec Schroeder, Martin, Veit, sans être aussi affirmatifs que le chirurgien anglais, accordent la plus grande fréquence à l'épanchement non enkysté. Il existe enfin une troisième catégorie d'auteurs qui, fidèles aux anciennes conclusions, regardent l'enkystement comme la fin normale de toutes les hémorragies péri-utérines, quelle que soit leur importance.

En Amérique et en Angleterre, l'opinion de Tait est la plus généralement admise. En France, l'avis contraire semble avoir prévalu. M. Bouilly disait dernièrement (1) que l'inondation péritonéale mortelle était extrême-

(1) *Bull. de la Soc. de Chir. Loc. cit.*

ment rare et Condamin (1), reflétant l'opinion du professeur Laroyenne écrivait ceci : « Les hémorragies « consécutives à des ruptures tubaires survenant dans « les premiers mois s'arrêtent spontanément. »

Comment concilier ces opinions avec les chiffres suivants : Parry, sur 500 cas de grossesse ectopique, compte 336 cas mortels et sur ce chiffre 174 ont succédé à la rupture. Sur un total de 241 cas, l'expectation d'après Schauta, a donné 68,8 p. 100 de mortalité. Puech est encore plus excessif. 100 grossesses ectopiques se sont terminées par la rupture 98 fois, et 97 fois la mort a été le résultat de l'accident. Himmelfarb a recueilli 24 ruptures mortelles sur 36 cas. Price, 54 morts sur 174 ruptures. Cestan a noté 85,8 p. 100 de mortalité dans les cas traités par l'expectation. Nous rapportons 32 observations où la mort survint à la suite de la rupture ; dans ce nombre la mort fut quelquefois si rapide que le traitement n'aurait pu être fait à temps ; mais dans la plupart des cas, on aurait pu intervenir, c'est l'expectation qui causa la mort des malades. »

De l'étude de l'anatomie de la trompe gravide et des conditions, si défavorables à l'hémostase spontanée, que rencontre le sang dans le péritoine, il résulte que théoriquement l'inondation péritonéale devrait presque toujours suivre la rupture. Or, la clinique inflige un démenti à cette proposition. Ce sont en effet les cas où l'hémostase se fait seule qui sont les plus fréquents. Doit-on attribuer ce résultat à un état pathologique antérieur du péritoine, à la présence de néo-mem-

(1) *Loc. cit.*

branes ou d'adhérences anciennes limitant l'hémorragie ? Doit-on chercher dans une pathogénie différente le pronostic favorable de certains cas, et dire que ceux dont la terminaison est heureuse reconnaissent pour cause l'avortement tubaire ? L'âge de la grossesse suffit-il à expliquer la bénignité relative de quelques ruptures ?

Il est probable que tous ces éléments divers interviennent dans la marche du phénomène, mais il est difficile de faire la part de chacun d'eux.

Le fait qu'il faut retenir et que nous espérons démontrer par l'étude des observations que nous avons recueillies, c'est que : souvent, plus souvent qu'on ne l'admet généralement, la rupture a une issue fatale.

Indiquer les symptômes qui permettront de faire un diagnostic précis et rapide, montrer quel est le traitement applicable à cet accident, sera le but poursuivi dans les chapitres suivants.

SYMPTOMES

Il est difficile de donner une description qui soit applicable à tous les cas, nous savons trop bien que la clinique s'accommode mal de ces tableaux schématiques qui, voulant être aussi complets que possible, dénaturent l'aspect ordinaire de la maladie et font le plus souvent errer le diagnostic. Nous nous soumettons cependant à la règle ordinaire, nous esquisserons le type clinique le plus répandu, indiquant ensuite quelles peuvent être, suivant les différents groupements des symptômes, où la prédominance de l'un sur les autres, les causes d'erreurs et les signes qui permettent de reconnaître la véritable nature des accidents.

Peut-être ferions-nous sagement d'éliminer de suite certains cas que l'on pourrait appeler suraigus, dans lesquels la gravité de la rupture et l'hémorragie qui l'accompagne sont telles, que la mort survient foudroyante ne laissant pas au chirurgien le temps de faire un diagnostic, et à plus forte raison à l'intervention de se produire. Heureusement fort rares, ces cas forment un chapitre de médecine légale intéressant (voy. obs, IV, V, LIX).

Ceci dit, comment se présente le tableau clinique de la rupture tubaire avec inondation péritonéale? La rupture est quelquefois le premier symptôme de la grossesse, la femme est dans un état de santé qui paraît

excellent, lorsque survient la crise décrite par M. Maygrier (1). « Une douleur soudaine et violente partant
« d'un des côtés de l'hypogastre et s'irradiant dans tout
« le ventre, un refroidissement général, une pâleur
« marquée des téguments, des nausées et parfois des
« vomissements, des syncopes, tous les signes enfin
« d'une hémorragie interne, tels sont les traits par les-
« quels se manifeste la rupture du kyste. Cet état va en
« s'aggravant, le collapsus survient rapidement et la
« femme ne tarde pas à succomber. La mort est parfois
« instantanée; mais souvent elle n'a lieu que quelques
« heures après le début des accidents. Les cas de ce
« genre sont malheureusement fréquents et de nom-
« breuses autopsies en ont révélé l'existence. »

Sous quelle influence cet accident se produit-il ? Souvent sans cause apparente, c'est, nous l'avons dit, du deuxième au troisième mois qu'il est le plus fréquent. Le moindre effort suffit à lui donner naissance. C'est après un lavement (obs. LXXIX, XCV), après des efforts de défécation (obs. XLIII, XLIV), car la constipation est fréquente dans la grossesse ectopique. Une fois, la miction devenue difficile a nécessité un effort suivi de rupture (obs. LVIII), on a en effet souvent observé la rétention d'urine par compression du col de la vessie. Une autre fois, l'administration intempestive de l'ergot de seigle (obs. LVI) semble avoir provoqué l'accident. C'est une exploration maladroite (un cathéter introduit dans l'utérus. (obs. XXVI), un palper bimanuel un peu brutal (obs. XLII), une intervention chirurgicale sur

(1) Maygrier. *Loc. cit.*

l'utérus à la suite d'une erreur de diagnostic (obs. LXXXV). Un violent effort pour soulever un objet lourd (obs. IV), un voyage dans une voiture mal suspendue (obs. LXIV), des coups sur l'abdomen ont aussi déterminé la rupture (obs. XCI).

Le plus souvent la première crise n'a pas une issue fatale. La malade se relève de l'état précaire où l'accident initial l'a plongée. Tout danger paraît écarté, lorsqu'un deuxième ictus semblable au premier vient tout remettre en question. Les crises se rapprochent, soumettant chaque fois la patiente à de nouvelles saignées et si l'on n'intervient pas, elle est à la merci d'un accident semblable qui sera d'autant plus grave que l'organisme est, du fait de ces hémorragies récurrentes, dans un état de faiblesse et d'anémie plus prononcé.

Nous avons dit que la rupture et les phénomènes dont elle est le point de départ pouvaient être les premiers signes de la maladie. Mais ce n'est pas ainsi que les choses se présentent le plus souvent. Il existe chez ces malades toute une catégorie de symptômes éloignés. Multipares, en général, elles ont du côté de l'appareil génital des antécédents morbides assez nombreux : fausses couches, inflammations pelviennes et troubles utéro-annexiels. Une longue période de stérilité a précédé cette grossesse anormale. Alors ce sont des troubles de la menstruation qui surviennent. La femme a vu ses règles se supprimer, quelquefois d'une façon aussi complète que dans la grossesse normale, plus souvent après une aménorrhée de durée variable apparaît un écoulement sanguin continu, mais peu abondant, qui ne laisse pas que d'inquiéter la malade. Souvent mêlé

de caillots noirâtres de consistance assez ferme, cette perte sanguine à causé des erreurs de diagnostic : avortement, endométrite. En même temps apparaissent les symptômes de début d'une grossesse normale, qui trompent rarement ces malades, des multipares le plus souvent, surprises seulement de quelques symptômes, inusités dans la marche de cette grossesse. Les seins ont augmenté de volume, sont devenus sensibles et quelquefois laissent sourdre du lait à la pression (obs. XL). L'aréole et le mamelon se sont pigmentés davantage. Les vomissements se sont montrés avec leur caractère habituel. Le ventre grossit et présente une ligne brune médiane ; les grandes lèvres offrent une coloration violacée également marquée dans le vagin.

De tous les symptômes, la douleur est le plus constant, et peut-être le plus caractéristique. Elle ne manque jamais, unique ou répétée, elle accompagne chaque crise. Atroce, angoissante, elle provoque dans quelques cas la syncope immédiate. Ailleurs, analogue à des coliques, elle présente les caractères des douleurs de travail (obs. XXII, LXIV, LXXIX). Elle est peut-être dans ce cas, produite par des contractions de l'utérus expulsant la caduque ; ou due à des contractions de la trompe faisant effort pour chasser l'œuf dans la cavité péritonéale. Des malades ont attribué à cette douleur le caractère d'une déchirure (obs. LXXXV), d'autres ont eu la sensation « de quelque chose qui se décrochait ». D'abord fixe et localisée à la fosse iliaque du côté où siège la lésion, la douleur s'irradie dans la cuisse (obs. II), dans la région lombaire, dans les flancs, dans tout l'abdomen. Ses diverses localisations ont fait

croire à des coliques néphrétiques (1), ou à des coliques hépatiques (2) (obs. XXII).

Après la douleur les troubles métrorragiques et ménorragiques sont les plus importants. Nous avons déjà signalé la présence de la caduque dans ces pertes sanguines. La grossesse ectopique s'accompagne toujours de la formation d'une caduque utérine, dont l'existence paraît liée à celle de l'œuf : on a, en effet, noté son expulsion, surtout dans les cas où il y a eu plusieurs crises successives. L'œuf arrêté dans son développement dès la première attaque, la caduque se détache et est entraînée avec le sang, tantôt par fragments, tantôt en masse. Dans ce dernier cas, on diagnostique un avortement (obs. XXXV). L'erreur à souvent été commise, et devant la persistance des pertes sanguines le médecin juge un curettage nécessaire et précipite le dénouement par son intervention inopportune (obs. XXV, XXXVIII, LXXXV).

Dans 21 de nos observations la présence de la caduque est signalée. C'est un fait que nous devons souligner, il a une importance considérable, car certains chirurgiens ont proposé le curettage de l'utérus et l'examen microscopique des débris recueillis, comme procédé de diagnostic ; non sans toutefois avoir fait précéder cette manœuvre d'un cathétérisme utérin. Quatre fois l'expulsion de la caduque a suivi l'opération (obs. LI, LIX, LXVI, XC).

Le tableau clinique se complète par les symptômes réflexes dus à la douleur, à l'hémorragie et à la réac-

(1) Vineberg. *New-York Méd. J.*, mars 1895.

(2) OEdham. *Ann. J. of Obst.*, juin 1894.

tion du péritoine au contact du sang. Si les phénomènes péritonéaux et douloureux prédominent, le diagnostic s'obscurcit, les symptômes d'hémorragie interne masqués en grande partie passent au second plan.

Sitôt l'ictus, avec les douleurs abdominales violentes, apparaissent des vomissements, alimentaires bilieux (jamais porracés) ; le ventre ballonné est douloureux à la pression ; puis ce sont des coliques avec diarrhée profuse ou au contraire un arrêt brusque et complet des matières et des gaz. On a signalé la rétention d'urine. Le pouls est petit et rapide. Pour peu que cet état se prolonge, le visage pâle, quelquefois subictérique, prend l'aspect péritonéal : facies grippé, nez effilé. Des troubles respiratoires, d'ordre réflexe, se montrent aussi, il y a de la dyspnée, la respiration est superficielle et précipitée. A voir la multitude de détails qui concourent à la composition de ce tableau, on ne s'étonnera pas des méprises auxquelles la rupture de la grossesse ectopique a donné lieu. Groupez ensemble les vomissements, la diarrhée, les douleurs abdominales, petitesse du pouls, l'hypothermie, et vous aurez le tableau de l'empoisonnement aigu (obs. LIX). Si alors on néglige de faire le toucher vaginal, qui pourrait presque toujours mettre sur la voie de la vérité, ce sera l'examen médico-légal qui viendra, trop tard, corriger le diagnostic. Plus nombreuses encore ont été les malades apportées mourantes dans les services de médecine, avec l'étiquette de péritonite suraiguë. Ailleurs, le diagnostic, sous une précision plus grande, cache aussi une erreur de diagnostic : tantôt c'est une perfo-

ration intestinale (obs. LIX) (1) ; une obstruction (obs. XXIII, LXXIV), un étranglement interne. L'observation LXI de Clutton en est un bon exemple, il y avait avec tous les signes d'une péritonite aiguë un arrêt complet des matières et des gaz. Le diagnostic était : étranglement aigu ou perforation intestinale. Il est une observation partout citée en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elle donna lieu : c'est celle de Fauvel (2). Trois médecins consultés émirent trois avis différents, trouvant chacun les symptômes nécessaires pour étayer leurs diagnostics, qui furent : congestion cérébrale, choléra, empoisonnement. Disons en passant que le diagnostic de choléra à été souvent porté (obs. VIII, XII).

Il y a dans certains cas une symptomatologie si complète que l'erreur de diagnostic est impossible à éviter. Nous faisons allusion aux cas diagnostiqués avortement et appendicites. Ceston dans sa thèse rapporte six cas où la constipation opiniâtre, avec phénomènes péritonéaux, douleur et empâtement dans la fosse iliaque droite, ont fait poser ce dernier diagnostic.

Le plus souvent, heureusement, l'hémorragie occupe une plus grande place dans la symptomatologie. Et dans beaucoup de nos observations, si le diagnostic rupture de grossesse extra-utérine n'a pas été posé, il n'y a pas de doute que l'on était en présence d'une hémorragie interne grave, demandant une intervention rapide. La pâleur des téguments, la décoloration brisque des muqueuses, la faiblesse de la voix, la petitesse

(1) Voyez aussi le cas de Duchamp *in* Bélisaire, thèse de Montpellier 1893.

(2) Fauvel. *Bull. Soc. Anat.* 1855.

et la rapidité du pouls (qui quelquefois même cesse d'être perçu), la sueur qui perle sur tout le corps, les vertiges, les syncopes le refroidissement périphérique et, symptôme capital, l'hypothermie qui peut atteindre 35°, indiqueront de quelle nature est l'accident dont souffre la patiente.

Les symptômes physiques sont de la plus haute importance. Ce sont eux qui, le plus souvent, viendront guider le diagnostic hésitant parmi la multitude de symptômes qui le sollicitent dans des directions souvent opposées. Nous avons déjà signalé les modifications survenues du côté des seins. A la percussion, délicate en raison de la douleur provoquée, on trouvera quelquefois de la matité dans les flancs (obs. XXII, XXXVII, LIV, XC, XCI).

Les renseignements ainsi recueillis pourront dans certains cas se préciser davantage ; Forbes (obs. LXVI) n'a pas trouvé « de fluctuation vraie, mais une sorte de « mollesse comme s'il y avait un liquide dense dans le « péritoine » : Boland (obs. LXXIX) par la palpation trouve du sang liquide dans la partie inférieure de l'abdomen ; England (obs. LXXXIV) a pu constater le déplacement de la matité quand la malade change de côté ; il faut une ou deux minutes pour que cette matité apparaisse ; et Mayo Robson a trouvé dans l'abdomen « un thrill liquide ». Pratiquant le toucher vaginal, on trouve le col de l'utérus augmenté, ramolli et son orifice entr'ouvert admet l'extrémité du doigt. L'utérus entier est augmenté de volume et suit sous une action réflexe le développement de cet embryon auquel il n'a pu offrir son abri. Nouvelle cause d'erreur que cette

augmentation : bien constatée, elle a fait conclure à la grossesse normale avec tendance à l'avortement (obs. XXI, XLVIII).

Au début on ne trouve rien dans les culs-de-sac ; le sang liquide, épanché dans le péritoine, même en grande quantité, fuit sous le doigt sans donner lieu à une sensation appréciable.

Mais généralement, la crise n'est pas unique, on peut trouver le reliquat des hémorragies précédentes sous forme de tumeur pâteuse du cul-de-sac postérieur qui vient faire saillie dans le vagin.

En outre, si le palper et le toucher pratiqués antérieurement avaient fait reconnaître la présence d'une tumeur siégeant sur les côtés de l'utérus et que sa disparition au moment de la crise (obs. II, VIII, LXXXIX) ou une modification dans sa consistance aient été ensuite constatées, ce sera un symptôme précieux pour le diagnostic. Il nous reste à signaler une cause d'erreur assez fréquente puisque nous avons pu en recueillir trois exemples (obs. XIV, LXXIIV, LXXVIII). Nous voulons parler des cas où l'on crut à un étranglement herniaire. La patiente porte depuis plus ou moins longtemps une hernie. Subitement celle-ci devient dure, tendue, douloureuse, irréductible, au milieu d'un cortège de symptômes péritonéaux et intestinaux caractéristiques. Un médecin mandé à la hâte pratique le taxis (obs. LXXIII), un autre propose et exécute la kélotomie qui montre l'erreur commise. Dans de telles circonstances, la méprise semble inévitable, nous allons voir si l'on peut et par quels moyens l'éviter.

DIAGNOSTIC

Nous ne parlerons ici que du diagnostic après la rupture. Il est bien évident, en effet, que si la malade avait déjà été examinée par un chirurgien, et que le diagnostic ferme de grossesse ectopique ait été posé, ou, ce qui est plus fréquent, seulement soupçonné, la malade sera de ce fait soumise à une surveillance rigoureuse. Aussi dès le début de la rupture, le diagnostic trouvera sa preuve ou sa confirmation suivant les cas. Il n'y aura pas d'hésitation possible sur la nature de l'accident dont souffre la patiente.

Mais ce n'est pas dans de semblables conditions que le médecin est appelé d'ordinaire à faire le diagnostic. C'est d'urgence qu'il est mandé près d'une femme qui a subitement présenté les symptômes que nous avons décrits plus haut. Il se trouve en présence d'une malade en état de shock, ou qui réagit peu à peu et se relève d'un collapsus plus ou moins profond.

Le facies doit surtout attirer son attention : la pâleur prononcée des téguments, le regard effrayé de la patiente, terrifiée de cette transition brutale d'une santé excellente à un état de faiblesse, de prostration considérables, la décoloration des lèvres, la dilatation pupillaire, la sucr qui ruisselle sur le visage ; le pouls petit, fréquent, et qui peut même faire défaut ; un état syncopal permanent ; le refroidissement des extrémités,

l'hypothermie ; la voix grêle, cassée, constituent un ensemble symptomatique qui doit mettre un praticien exercé sur la voie et lui suggérer le diagnostic d'hémorragie interne.

Ajoutez à cela : la notion importante fournie par la douleur pelvienne si caractéristique et si constante ; les phénomènes dus à la réaction péritonéale : nausées, vomissements symptômes qui attireront spécialement l'attention du côté des organes abdominaux. Poursuivant cette investigation on notera la présence d'un écoulement vaginal qui ne manque presque jamais, et qui viendra encore préciser la notion acquise précédemment de lésion intra-péritonéale à point de départ dans les organes génitaux internes.

Beaucoup de chirurgiens font une recommandation qui, *a priori*, peut paraître naïve. Ils disent que pour faire le diagnostic il faut songer à la grossesse extra-utérine, voulant exprimer par là l'idée que nous défendons, à savoir : la grande fréquence de la grossesse ectopique. Nous rapprocherons de ce fait l'opinion exprimée par Hamilton (1) qui disait : en présence d'une femme présentant les symptômes cités plus haut, il faut d'abord penser aux coliques hépatiques et néphrétiques ; puis à l'ulcère de l'estomac avec perforation, et en dernier lieu à la grossesse tubaire. Nous retournerons sa proposition et nous dirons : il faut d'abord penser à la grossesse ectopique. A l'appui de notre opinion nous citerons ces paroles d'un chirurgien américain : « Doit-on dire, j'ai exercé vingt ans sans en voir

(1) Hamilton. *New York-Med. J.*, février 1890.

un seul cas (de rupture avec inondation)? Nous ne voyons que les choses que nous avons apprises à reconnaître et quand nous avons acquis quelque nouvelle vérité nous nous étonnons des replis en apparence prodigieux qui l'enveloppaient. C'est l'imprévu qui arrive, et notre prochain cas sera peut-être une grossesse extra-utérine. On a dit la même chose de l'appendicite, mais qui doute à présent que jadis nous ne savions pas la reconnaître? Il y a un curieux parallèle à établir entre l'histoire médicale de l'appendicite, et celle de la grossesse extra-utérine. La péritonite masquait l'appendicite de même que l'hématocèle intrapéritonéale cachait sa cause, la grossesse extra-utérine, dans ses propres caillots(1). » Il faut donc avoir présente à l'esprit la possibilité de la grossesse ectopique.

L'interrogatoire de la malade, si son état le permet, ou celui des personnes qui ont pu observer ses antécédents éloignés et rapprochés, viendra éclairer le diagnostic. Multiparité, troubles pelviens antérieurs, période de stérilité assez longue, symptômes de grossesse au début et surtout les troubles menstruels, aménorrhée ou metrorragies irrégulières, tels sont les symptômes que l'on pourra recueillir. Leur importance est considérable, et n'est dépassée que par celle des symptômes que l'examen physique viendra révéler. Nous arrivons au point capital de nos recherches, au toucher vaginal combiné avec le palper de l'abdomen.

Disons pas tout d'abord qu'il ne faut négliger la percussion de l'abdomen qui donne souvent d'utiles renseigne-

(1) Elisha Boland. *Bost. Med. and Surg.* p. 137, 1896.

ments. Pratiquée avec soin elle pourra indiquer la matité anormale dans les parties déclives de l'abdomen : on conclura de ce fait à la présence d'une tumeur ou d'un épanchement intra abdominal ; et le palper viendra préciser cette notion en révélant une fluctuation vague, une sensation de mollesse pâteuse qui permettront d'affirmer la présence d'un liquide dans le péritoine.

Le toucher vaginal donne rarement d'utiles indications sur la présence de cet épanchement. Tout près du début de l'hémorragie, on ne sent rien dans les culs de-sac. C'est de l'exploration de l'utérus que l'on retire d'utiles renseignements. On trouve le col gros, ramolli, avec un orifice entr'ouvert admettant l'extrémité du doigt, le corps est augmenté de volume proportionnellement à l'âge de la grossesse. Parfois la présence d'une tumeur douloureuse sur les côtés de l'utérus (obs. III) viendra plus nettement encore affirmer la présence de la grossesse tubaire ; ou inversement la disparition subite d'une tumeur constatée les jours précédents (obs. II) éveillera l'esprit d'une façon spéciale et indiquera en partie sa nature.

C'est surtout dans les cas à allures anormales, où le toucher ne paraît d'aucune utilité, qu'il ne faut jamais négliger de le faire. Nous avons en vue les cas signalés plus haut, où la rupture s'est présentée sous l'apparence d'un empoisonnement, du choléra, d'une perforation intestinale, d'un étranglement herniaire.

Peut-être les cas les plus difficiles à reconnaître sont-ils ceux qui évoluent sans symptômes alarmants. Les douleurs sont atténuées, il n'y a rien de « cataclysmique »

dans la marche de l'accident. Malgré l'hémorragie abondante, les symptômes de collapsus font défaut; celle-ci, au lieu de se faire par à coups, se fait doucement, c'est une saignée lente qui amène graduellement la malade dans une situation grave. Rien ne fait soupçonner un état aussi précaire; on songe à l'avortement jusqu'à ce que l'apparition de quelque grave symptôme vienne révéler le danger.

Si, au début de l'ictus péritonéal, on peut songer aux coliques hépatiques et néphrétiques, ou à l'empoisonnement, l'hésitation ne sera pas de longue durée; la marche de l'accident, les commémoratifs, et surtout les symptômes d'anémie aiguë auront vite écarté ces différents diagnostics. D'autres cas simulant l'appendicite (obs. XLIX), la perforation intestinale seront plus difficiles à reconnaître. Là encore le début n'a pas cet aspect « cataclysmique », « dramatique », que revêt en général la rupture. Les crises antérieures, les autres antécédents, les signes fournis par l'examen physique, viendront orienter le diagnostic dans une autre direction. Du reste les symptômes à grands fracas vont en s'atténuant dans la rupture; dans les affections citées plus haut ils suivent plutôt la marche inverse.

Et puis la présence de l'hémorragie vaginale est là pour faire éviter l'erreur. Il ne faut pas négliger de pousser l'interrogatoire et l'examen de ce côté; et, devant la perte sanguine, ne pas croire à une pure coïncidence de la menstruation avec l'accident survenu chez la malade.

Le diagnostic d'avortement est peut-être le plus souvent posé. Une étude attentive des faits montrera

l'allure anormale de cet avortement, observation faite par ceux-là mêmes qui ont commis l'erreur. On remarquera la disproportion qui existe entre les accidents généraux et ceux auxquels un avortement ordinaire donne naissance. La petite quantité de sang perdu par le vagin ne peut expliquer l'état d'anémie si prononcée des malades.

La torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire a causé également l'erreur de diagnostic.

La brusquerie du début et les signes fournis par le palper sont identiques. Mais dans ce cas les symptômes d'anémie, l'hémorragie vaginale, les modifications subies par l'utérus, font totalement défaut.

Autre cause d'erreur : au lieu de l'hypothermie habituelle, on a constaté, quelque temps après l'hémorragie, une élévation de température (1). On songe alors à une inflammation pelvienne : rupture de pyosalpinx, pelvi-péritonite, etc. Si les autres symptômes d'infection font défaut, et si les signes d'anémie sont bien observés, on rectifiera le diagnostic.

Le diagnostic peut dans un cas devenir presque impossible à faire. C'est lorsqu'il y a coïncidence de grossesse utérine avec la grossesse ectopique (XXVI,

(1) MM. Tuffier et Lévy attribuent aux toxines hématiques l'élévation de température qui survient à la suite des grands épanchements sanguins. Pour Bantock (*Brit. Med. J.* 1895, p. 79) elle ne serait pas due à l'inflammation mais à l'action irritante du sang. Dans une discussion sur ce sujet à la Société de chirurgie (1896), l'accord n'a pu se faire, M. Quénu tenant pour une action directe du sang sur les nerfs de la thermogenèse et M. Pozzi croyant à une action chimique du sang.

XXVIII, XLIII, LXXVI, LXXXII), W. Moseley (*Am. J. of Obst.* 1896) en cite 37 cas (1). Dans un autre cas, la rupture a été diagnostiquée : rétroflexion d'un utérus gravide (F. Barbour. *Edimb. Med. J.* 1894, p. 241).

Il existe en outre quelques observations où l'erreur inverse a été commise; on a diagnostiqué rupture de grossesse extra-utérine à l'occasion d'accidents qui relevaient d'une cause différente. Par exemple : la coïncidence de coliques néphrétiques avec la présence d'un kyste de l'ovaire (*Med. Rec.* sept. 1895), et une grossesse utérine avec myome produisant un avortement au troisième mois avec accompagnement d'accidents simulant la rupture tubaire (Bland Lutton. *The Lancet*, 1895 p. 810).

Quant à diagnostiquer si la rupture est intra ou extra-péritonéale, ce sera impossible dans la plupart des cas (obs. XLV). Cependant la constatation par le toucher de la formation d'une masse dans l'un des culs-de-sac latéraux donnera à penser que l'hémorragie s'est faite entre les feuillets du ligament large. C'est là, du reste, un fait de peu d'importance, étant donnée la rareté de la rupture extra-péritonéale; en outre tout danger est loin d'être écarté, et une intervention dans un cas semblable ne pourrait qu'être utile à la malade.

(1) Shrenck. Arbeiter aus der Universitäts Fraeunklinik zu Dorpat 94. Rapporte 43 cas. Dans 3 seulement le diagnostic fut fait.

TRAITEMENT

Au sujet du mode d'intervention, les chirurgiens sont unanimes. La laparotomie est le seul traitement rationnel. La nature de l'accident indique suffisamment ce qu'il convient de faire : « Il y a un vaisseau qui donne du sang, il faut mettre une pince sur ce vaisseau ». « Quand l'hémorragie menace la vie d'une malade il faut aller à la recherche du sang, qu'il s'agisse d'une plaie extérieure ou d'une rupture intérieure (1). » C'est un chirurgien américain, Harbert, qui en 1849 proposa le premier la laparotomie contre ce redoutable accident. Il n'est pas étonnant que sa proposition soit restée sans écho, le péritoine était alors une barrière infranchissable où s'arrêtaient les audaces de la chirurgie. En 1866, un autre Américain, St. Rogers défendit la même cause et chez nous Keller en 1872 se prononçait aussi pour l'intervention. Mais, il faut le reconnaître, c'est L. Tait le véritable vulgarisateur de cette méthode thérapeutique. Depuis, nombreux sont les chirurgiens qui l'ont imité, aussi n'est-ce pas sur le mode d'intervention que l'on discute ; où le désaccord commence, c'est, nous l'avons déjà dit, sur le plus ou moins de fréquence de l'inondation péritonéale mortelle et sur le moment auquel il convient d'intervenir. Nous espérons avoir fait la preuve de la fréquence de la

(1) Pozzi. *Sem. Méd.*, juillet 1890.

mort après cet accident, nous essaierons de fixer les indications de l'intervention.

Disons d'abord en quoi consiste l'opération, qui diffère peu au point de vue technique, de la laparatomie pour salpingo-oophorectomie. Seules les conditions dans lesquelles on intervient assombrissent le pronostic opératoire.

La plupart des chirurgiens recommandent la position de Trendelenburg qui, débarrassant l'excavation pelvienne de la présence de l'intestin et du sang épanché, permet de constater rapidement où siège la lésion. En outre, cette attitude préviendrait, dans une certaine mesure, la syncope, accident auquel ces malades sont si exposées.

Après une antiseptie soignée du champ opératoire, on pratiquera l'incision médiane de la paroi. Le plus souvent les tissus sont exsangues ; dans les cas où l'on trouve le tissu cellulaire sous-péritonéal infiltré de sang, il faut aller prudemment afin d'éviter l'accident signalé par Coe et Ricard (LI, XCVIII) : l'ouverture de la vessie. Celle-ci est appliquée solidement contre la paroi abdominale et si l'on n'y songe pas l'accident est presque fatal. Le péritoine se présente avec une coloration bleu foncé, indiquant la nature de l'épanchement qui le remplit. Sitôt ouvert, le sang sort en abondance entraînant des caillots en plus ou moins grande quantité ; la violence de l'écoulement sanguin était telle dans un cas, que le chirurgien craignit d'avoir ouvert un anévrysme (XXII). On n'essaiera pas de faire une toilette complète du péritoine pour mieux voir le siège de la rupture. Il ne faut pas perdre de vue, en

effet, que l'opération, pour être suivie de succès, doit être menée le plus rapidement possible. Il faut plonger la main dans le bassin, explorer les annexes, et sitôt la lésion rencontrée par cette rapide manœuvre, placer deux pinces sur le ligament large, l'une en dehors sur le ligament infundibulo-pelvien, l'autre au ras de l'utérus.

La partie la plus importante de l'intervention est faite, l'hémostase est assurée. On pourra quelquefois attirer utérus et annexes dans la plaie, l'application des pinces en sera facilitée.

De l'avis de tous les chirurgiens, cette partie de l'opération est aisée et peut être menée très rapidement. Aussi, nous ne nous attarderons pas à réfuter l'opinion de Condamin (1) qui a écrit ceci : « Le point qui saigne est toujours difficile à trouver et le chirurgien doit être assez heureux ou si l'on veut assez habile pour faire rapidement l'hémostase. » D'autres (2) avec une compétence plus éclairée que la nôtre ont d'ailleurs fait justice de cette assertion.

Cette première partie de l'intervention accomplie, on pratiquera l'ablation de la trompe malade et du kyste et si l'état de la malade le permet on fera la toilette, aussi soignée que possible, du péritoine.

Vasten (3) suit une pratique différente, il laisse dans le péritoine le sang épanché disant que la résorption en est rapide et qu'elle aide au prompt rétablissement des opérées. Il signale seulement un peu d'ictère héma-

(1) Condamin. *Loc. cit.*

(2) De Strauch. *Ann. de Gyn.*, 1895, p. 468.

(3) Vasten *Wratch*, mai 1896.

phéique du deuxième au quatrième jour après l'opération. Quoi qu'il en soit, nous croyons qu'il est préférable de faire suivre l'ablation du kyste d'un nettoyage du péritoine avec des compresses stérilisées ou de préférence à l'aide d'un courant d'eau bouillie. On ferme la paroi abdominale avec ou sans drainage, les avis étant très divisés sur ce point.

Il nous semble néanmoins que, si l'hémostase n'est pas absolue, si d'autre part, ce qui est fréquent, étant donnée la rapidité de l'opération, la toilette du péritoine a été insuffisante, un tamponnement de Mickulicz sera nécessaire. Il remplit à la fois les deux indications précédentes : il assure l'hémostase et prévient l'infection. Mais on lui a reproché de favoriser la rétention des liquides; pour répondre à cette objection, il suffira d'introduire un gros drain au milieu des mèches de gaze.

Les chirurgiens anglais et américains emploient un procédé de drainage dont il se louent hautement. Ils ouvrent le cul-de-sac postérieur, et par l'ouverture ainsi créée ils placent un tube de verre. *A priori*, cette idée paraît logique, le douglas étant la partie la plus déclive de la cavité péritonéale, les liquides ont une tendance à s'y accumuler; trouvant une issue libre, leur évacuation aussi complète que possible est assurée.

L'opération terminée le traitement reste incomplet et inefficace si on n'intervient pas énergiquement pour combattre l'anémie intense qui menace d'emporter les malades. Il existe pour cela une méthode de traitement qui a fait ses preuves et sur laquelle on ne sau-

rait trop insister. C'est l'emploi à hautes doses de sérum artificiel. Par voie hypodermique, en injections sous-cutanées, intra-veineuses, intra-artérielles; par le rectum, abandonné dans la cavité péritonéale, il a toujours rendu les plus grands services, et opéré dans certains cas de véritables résurrections. De ces divers modes d'administration, nous écarterons comme trop dangereuse l'injection intra-artérielle. Tous les autres procédés sont recommandables; mais peut-être l'injection intra-veineuse devra-t-elle être choisie de préférence, dans les cas où l'anémie est considérable et où l'on veut obtenir une action rapide.

Ces injections seront également pratiquées au moment de l'opération, de façon à stimuler la malade et à lui permettre de la mieux supporter. Mais dans aucun cas, il ne faudra injecter la solution saline longtemps avant d'opérer, et surtout si on ne doit pas opérer car on obtient alors un redoublement de l'hémorragie. Le cœur stimulé par cet accroissement de liquide en circulation augmente l'énergie de ses battements et sous l'accroissement de la pression artérielle l'hémorragie qui, quelquefois, peut avoir cessé, reprend une activité nouvelle. C'est donc au moment d'intervenir et après l'opération qu'il faudra employer cette médication complétée par l'emploi de l'éther et de la caféine par voie hypodermique également.

En général, la convalescence est de peu de durée et les femmes sortent guéries entre la troisième à la quatrième semaine.

Il est une question délicate à résoudre : c'est celle de l'anesthésie. La narcose générale, qui n'est pas sans

danger même chez les sujets sains, sera bien plus à redouter chez ces malades, dont la vie est si compromise. On pourra dans certains cas, en agissant prudemment, donner le chloroforme ou l'éther. Quelques chirurgiens accordent la préférence à ce dernier, disant que sous son action on obtient un prompt relèvement du pouls. Quoi qu'il en soit, on en sera souvent réduit à se contenter de l'anesthésie locale. On fera sur le trajet de l'incision des injections de cocaïne ou des pulvérisations d'éther ou de chlorure d'éthyle.

Nous avons déjà dit que la voie abdominale était la seule rationnelle dans la rupture grave. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici des hématoécèles enkystées pour lesquelles on intervient à froid, quand tout symptôme aigu a disparu. Il est évident, que dans ces conditions, la voie vaginale offrira à la fois plus de sécurité et plus de facilité pour l'intervention, c'est elle qui doit être choisie. C'est en général par suite d'erreur sur la véritable nature de l'accident, que l'incision du douglas a été faite dans l'inondation péritonéale (1). Des chirurgiens, en petit nombre il est vrai, étaient d'avis qu'il fallait toujours intervenir par le cul-de-sac postérieur. Mais Boldt, qui s'était fait le champion de ce procédé opératoire, semble l'avoir abandonné à la suite d'un insuccès (L, LXXIV). La cause de la laparotomie n'a pas besoin d'être défendue, aussi n'est ce pas

(1) H. C. Coe, intervenant par la voie vaginale et ne pouvant se rendre maître de l'hémorragie, dut faire l'hystérectomie. Færster rapporte un cas semblable où il fut obligé d'ouvrir l'abdomen pour faire l'hémostase. *Ann. Gyn. and Obst.*, 7 mai 1896.

sur le mode d'intervention que l'on discute, mais sur l'opportunité de celle-ci.

En fait, les chirurgiens sont divisés en deux camps : les abstentionnistes et les interventionnistes. Pour les premiers, l'hémorragie ne serait presque jamais mortelle et derrière ces symptômes dramatiques se cacherait un accident plus effrayant que dangereux, dont le traitement médical (opium, glace, repos) se rendrait aisément maître. En outre, dans les rares cas suivis de mort, l'état de la malade est trop grave pour que l'intervention ait un résultat heureux. Ce qui revient à dire : ou le cas est trop grave et toute intervention ne peut que précipiter le dénouement, ou le cas est bénin et la guérison étant de règle, l'intervention ne peut davantage se justifier. Donc laissons le hasard tuer ou guérir les malades suivant les cas. C'est de la thérapeutique de fataliste.

A cela, les partisans de l'intervention répondent par des faits. D'une part en montrant, chiffres en mains, la mortalité considérable que fournit l'expectation, d'autre part en faisant constater les bons résultats que donne l'intervention même pratiquée *in extremis*, alors qu'elle n'est plus considérée que comme un pis-aller.

Voici quel serait le résultat de l'expectation d'après les auteurs suivants : Parry (1) lui attribue 67,2 p. 100 de mortalité, Schauta (2) et Martin (3) donnent des chiffres peu différents des siens, 68,8 et 63,1 p. 100. Les

(1) In Pozzi, p. 54.

(2) *Loc. cit.*

(3) Martin. *Centr. f. Gyn.* 1892, n° 39.

chiffres obtenus par Cestan (1) sont encore plus élevés : sur 86 cas traités par expectation la mort en est résultée 73 fois soit 85,8 p. 100. Nous-même avons réuni 30 observations où la mort fut le résultat de cette thérapeutique criminelle à force d'être prudente.

Il est certains que de tels résultats ne doivent pas être pris à la lettre. Les statistiques ne tiennent pas compte en proportions égales des cas suivis de mort et des cas suivis de guérison. Mais tels qu'ils sont, ils n'en démontrent pas moins la gravité de l'accident et la prédominance des cas mortels sur les cas à terminaison heureuse. Aussi, on s'explique facilement l'enthousiasme des interventionnistes si l'on compare leurs résultats avec ceux que fournit la méthode précédente :

Tait a 40 succès sur 42 interventions, ce qui donne 95 p. 100 de guérison.

Vasten, 2 morts sur 18 laparotomies soit, 88 p. 100.

Rochet, de Strauch ont pratiqué l'un 5 fois, l'autre 6 fois, l'opération, toujours avec succès.

Les résultats obtenus par Cestan sont encore plus démonstratifs. Ses chiffres, au lieu d'être ceux d'un seul opérateur, brillant spécialiste, dont les statistiques prennent de ce chef un caractère exceptionnel, sont obtenus par l'examen d'observations appartenant à de nombreux chirurgiens inégalement habiles à ce genre d'opérations. Il a cependant dans de telles conditions 84,7 p. 100 de guérisons pour les cas opérés d'urgence.

Nous nous sommes livré à un travail analogue et sur un chiffre total de 139 interventions précoces, nous

(1) Cestan, *Thèse de Paris, 1894.*

avons seulement relevé 19 décès, ce qui fournit 86,4 p. 100 de survie. Et cependant ce chiffre nous paraîtra encore plus beau si nous étudions les cas où la mort succéda à l'intervention. Sur ces 19 décès, 5 fois l'intervention fut d'abord refusée (XXIII, XXVII, XXXVII, XLV, LXXIX) malgré l'avis du chirurgien. Permise ensuite devant l'aggravation des symptômes et pratiquée dix ou vingt heures trop tard, elle ne donna pas les résultats qu'on est en droit d'en attendre quand elle est pratiquée à temps. Dans trois autres cas (XXXVI, LII, LIII), la grossesse était tubo-interstitielle, et il semble qu'il y a, du fait de cette localisation de l'œuf, un degré de gravité plus élevé. La rupture intéressant une partie de la paroi utérine, l'hémorragie est plus abondante, l'intervention plus délicate. Dans un cas (L) la laparotomie avait été précédée d'une intervention vaginale insuffisante pour assurer l'hémostase. Trois autres malades survécurent de cinq à huit jours à l'opération, mourant d'accidents septiques (XXII, XXIX, LXXXVII); on ne saurait rendre la méthode de traitement responsable de ces insuccès, mais des fautes opératoires évitables. Pour L. Tait, l'intervention d'urgence s'impose. L'incertitude du diagnostic n'est pas une raison suffisante pour justifier l'expectation. « Lorsque je trouve ma malade en danger de mort, dans des conditions où l'abdomen ne me semble pas renfermer de tumeur maligne, mais où le diagnostic ferme est impossible, j'ouvre l'abdomen et fais à la fois le diagnostic certain et le traitement convenable. » C'est en effet une des rares circonstances où la laparotomie exploratrice, dont on a peut-être abusé, a conservé tous ses droits.)

C'est donc sur une étude attentive de la marche des symptômes qu'il faut se guider pour intervenir. Quand la rupture survient sans prodromes, la femme tombe en général dans un profond collapsus. Quelques chirurgiens conseillent d'attendre, pour intervenir, que cet état soit dissipé, ne voulant pas ajouter le shock opératoire au shock déjà existant. Si l'on suit trop à la lettre cette méthode, il est probable que la mort des malades en sera souvent la conséquence (XXII). A quelle cause attribuer le shock qui suit la rupture ? Certains chirurgiens (ceux qui proposent d'attendre sa disparition) le considèrent comme dû à l'action du sang sur les ganglions du sympathique. Il est probable que cette interprétation n'est pas exacte, qu'elle n'est qu'une partie de la vérité. Ici le shock signifie hémorrhagie. La preuve nous en est fournie d'ailleurs par le traitement destiné à le combattre.

En général, c'est en stimulant le cœur que l'on espère ranimer la malade, et le sérum artificiel est le remède le plus puissant dont nous disposions pour cela. Le cœur qui se contracte à vide et auquel fait défaut ce stimulus que lui fournit la masse sanguine, retrouve son énergie quand, par l'augmentation du liquide en circulation, ses cavités sont de nouveau distendues. Donc, si le shock signifie hémorrhagie, attendre sa disparition équivaudra le plus souvent à attendre la mort de la malade. Chaque minute de retard augmente l'hémorrhagie, rend le shock plus profond, la mort plus certaine. Il faut en cas de shock prolongé le combattre par tous les moyens et se préparer à l'intervention. « L'exécution de cette opération, dit Sœnger, n'est pas moins

pressante qu'une opération césarienne dans ses indications absolues, qu'une hémotomie, qu'une trachéotomie. »

Il ne faut pas oublier cependant que des cas à début alarmant, se sont terminés par hématoécèle enkystée. C'est à la suite d'un cas semblable que notre maître, M. le professeur Le Dentu, disait : « Je prétends que la mort n'est point fatale à la suite des accidents en apparence si formidables qui marquent le début de l'hématoécèle. » (1). Il voulait surtout mettre en garde contre les interventions systématiques qui tendraient à faire considérer tous les cas comme justiciables de la laparotomie immédiate. Il reconnaissait également la nécessité de l'intervention précoce dans les ruptures graves, car plus loin il ajoute : « Si trois ou quatre heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment. » Depuis l'époque où le chirurgien de l'hôpital Necker émettait cette opinion, deux cas de rupture grave, observés dans son service, n'ont pu que le faire incliner vers l'intervention précoce. Dans le premier (2), l'expectation amena la mort de la malade. Le second à l'opération duquel nous contribuâmes (3) se termina par la guérison de la malade malgré l'état désespéré dans lequel elle était au moment de l'intervention.

Étant donnés les progrès de la chirurgie abdominale, on ne doit pas hésiter à intervenir, dans les cas où l'existence de la malade paraît menacée. Il est impossible d'enfermer le chirurgien dans des limites fixes

(1) Le Dentu. *Gaz. méd. de Paris*, 7 mars 1891.

(2) Cestan. *Th. de Paris*, 1894. p. 82.

(3) Brodier. *Sem. Gyn.*, 1896.

d'heures et de minutes ; c'est affaire à lui, à son sens clinique, pour décider de l'opportunité de l'intervention. L'étude des symptômes sera sa seule règle.

Dans les cas à crises successives, l'indication opératoire est peut être encore plus pressante. Le shock dissipé, la malade échappant à la première crise, qui prouve qu'elle ne sera pas emportée par une nouvelle poussée de l'hémorragie ? C'est justement l'incertitude qui plane sur ces faits, qui doit nous encourager à intervenir et nous éviter l'expectation dans l'espoir que tout danger est écarté.

On nous objectera, sans doute, que dans certains cas où l'on a opéré l'hémorragie aurait pu s'arrêter d'elle-même. Le fait est probable : mais doit-on, lorsque la malade est mourante, pousser l'expérience jusqu'au bout et laisser passer le moment favorable à l'intervention dans l'espoir si souvent déçu d'une hémostase exceptionnelle ? Nous ne le pensons pas, et il vaut mieux avoir opéré un cas qui eût peut-être guéri seul que de prolonger longtemps l'expectation et laisser mourir les malades. Attendre est la pire des méthodes et c'est être prudent que d'intervenir rapidement. S'il existait un signe certain permettant de reconnaître que l'hémorragie est arrêtée et qu'elle ne se reproduira pas, plus menaçante encore par sa répétition, il nous serait facile de fixer les règles de conduite à tenir en présence d'une rupture grave. Ce signe nous fait défaut : aussi, étant donnés les résultats déplorables que donne l'expectation, nous nous prononçons en faveur de l'intervention précoce qui donne 86,4 p. 100 de guérison.

En outre, osera-t-on appeler guéries, les malades qui

ont résisté à l'hémorragie? Elles restent sous la menace d'accidents fort graves. L'infection septique qui prend sa source dans l'utérus, la trompe ou l'intestin pourra produire la suppuration des caillots. La malade reste exposée à la formation de pyosalpinx, d'abcès du bassin, à la péritonite généralisée. L'évacuation du pus dans les organes voisins (vessie, rectum) viendra dans certains cas assombrir ce tableau. Et le fait d'avoir soustrait les malades à ces multiples complications n'est pas un des moindres arguments qui plaident en faveur de l'intervention précoce.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite), due à l'obligeance de MM. Picqué, chirurgien des hôpitaux, et Courtillier, interne des hôpitaux. — *Grossesse extra-utérine ; hémorragie intra-péritonéale ; laparotomie ; guérison.*

Mme A..., aucun antécédent digne d'être noté ; a toujours été bien portante.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement depuis. Quelques douleurs pelviennes et lombaires avant l'apparition des règles. L'intensité de ces douleurs a augmenté depuis quelques années et a obligé la malade à s'aliter quelques jours avant chaque époque menstruelle.

Leucorrhée légère.

Jamais de grossesse antérieure ni de fausse couche. En juillet 1895, la malade souffre davantage avant et pendant ses règles. L'examen révèle une anteflexion utérine très prononcée avec un peu d'anteversion. Le cathétérisme utérin ne peut être pratiqué ; avec des tiges de laminaires on dilate d'abord la cavité du col et ensuite on peut pénétrer dans la cavité utérine et la redresser. Les règles apparues après cette manœuvre ne sont plus douloureuses.

Dernières règles normales fin novembre 1895. Rien en décembre. Au début de janvier, nausées, appétit augmenté ; picotements dans les seins qui sont devenus plus sensibles ; la muqueuse vaginale est plus lubrifiée qu'auparavant. Le col est un peu ramolli, l'utérus augmenté de volume. Le 24 janvier, après quelques douleurs lombaires, apparaît une métrorragie légère qui dure trois jours : le sang vient en

moins grande quantité qu'aux époques menstruelles, il est de couleur brunâtre et légèrement poisseux. La malade se plaint d'une douleur dans le côté gauche de l'excavation pelvienne avec irradiation aux lombes.

En raison de la probabilité d'une grossesse, on insiste peu par le palper et le toucher. On reconnaît toutefois l'existence d'une tuméfaction sur le côté gauche de l'utérus. Cette tuméfaction est très douloureuse.

L'état normal reparaît après deux jours de repos au lit (cataplasmes et lavements laudanisés).

Subitement, le 7 février 1896, à 10 heures du soir, survient une douleur intense dans le côté gauche de l'abdomen, accompagnée de nausées et de lipothymies. Petites crises successives variables comme durée et comme intensité, mais s'accompagnant d'un sentiment de malaise indéfinissable et de pâleur considérable. A 3 heures du matin, même état avec crise plus forte. Abdomen sensible dans toute son étendue, douloureux dans sa partie inférieure, à gauche surtout. Pouls petit, fréquent (140).

Même état dans la journée du 8. M. Picqué voit la malade à 9 heures du soir. Visage pâle, traits tirés, nez pincé, lipothymies fréquentes, nausées, ventre très douloureux. Pouls petit, un peu irrégulier (120).

Au toucher, col mou entr'ouvert, utérus gros. On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue dans le péritoine.

On prépare la malade pour subir une intervention si l'on voit les phénomènes persister.

Le 9, à 10 heures du matin, faiblesse plus grande, pâleur, traits tirés, yeux bistrés, bouche sèche, abdomen plus douloureux et un peu météorisé. Pouls petit, filiforme, un peu irrégulier.

M. Picqué pratique la laparotomie, à 3 heures de l'après-midi. Ether, caféine et 100 grammes de sérum avant l'inter-

vention. Chloroforme. Incision médiane aussitôt et on voit l'abdomen rempli de caillots, entre les anses intestinales, jusque sous le diaphragme. Le sang vient de toutes parts dans l'excavation pelvienne et il est impossible de reconnaître de quel côté siège l'hémorragie. La main introduite dans le ventre reconnaît la trompe gauche dans le cul-de-sac postérieur; on l'attire dans la plaie et on voit qu'elle saigne abondamment, elle est rompue dans sa partie moyenne augmentée de volume. On fait une première ligature au niveau de la corne utérine gauche et une deuxième sur le pédicule ovarien. On pratique l'ablation de la trompe. L'hémorragie continue encore en petite quantité; on fait un tamponnement de Mickulicz et on ferme l'abdomen par trois étages de sutures au catgut. La faiblesse de la malade est extrême, on renouvelle les injections de sérum, d'éther et de caféine, qui seront continuées les trois jours suivants deux fois par 24 heures. Les mèches sont retirées au bout de 48 heures, elles ne sont pas teintées de sang. Les fils sont retirés le huitième jour. La fistule est presque complètement fermée; trois semaines après on retire un petit fragment de catgut. Elle sort complètement guérie le vingt-septième jour. Les règles sont revenues normales comme quantité et sans douleurs. Il y a une amélioration considérable de l'état général, embonpoint beaucoup plus marqué qu'avant sa maladie. Revue depuis en excellente santé. Etat local excellent.

Obs. II (inédite) due à l'obligeance de M. le Dr Picqué. Communiquée par M. Macé, interne du service.

Mme Loiseau, âgée de 25 ans, demeurant à Charenton. Régliée à 13 ans, règles régulières s'accompagnant de coliques, durée six jours. Leucorrhée légère. Fièvre muqueuse en 1894. En 1892, accouchement à terme; enfant vivant : suites de couches normales. La malade eut ses règles à leur époque normale du 25 au 28 avril 1896. Pendant deux jours,

perte abondante, semble cesser le troisième jour, mais le 29 avril l'écoulement sanguin persiste, moins abondant que les premiers jours, mélangé de matières glaireuses plus foncées que les menstrues. Aucune douleur, état général satisfaisant.

Durant les quinze jours suivants, nausées, vomissements, malaise général mais pas assez accentué pour forcer la malade à garder le lit. Le 18 mai, première consultation, le médecin appelé ordonne une potion à l'ergotine, prescrit le repos au lit et des injections vaginales chaudes. L'époque présumée des règles passe sans amener de modifications. L'écoulement persiste.

Le 30 mai, première crise douloureuse. La malade, en se levant le matin, a été prise subitement de douleurs très vives dans le bas ventre, à maximum dans la fosse iliaque droite, avec irradiation dans la cuisse du même côté. Pendant un jour, l'écoulement sanguin devient plus abondant et prend l'aspect menstruel. Le 1^{er} juin, les douleurs dans la fosse iliaque droite et dans la cuisse persistent. L'écoulement continue avec son caractère habituel. Pour la première fois, on pratique le toucher vaginal, qui aidé du palper abdominal, donne les résultats suivants : Rien d'anormal dans le ventre, culs-de-sac libres, col légèrement tuméfié et ramolli, orifice non perméable. Le diagnostic porté est métrite du col. Repos, irrigations chaudes. La douleur étant très vive on fait une injection de morphine. Pour combattre la constipation opiniâtre, on prescrit de la scammonée.

2 et 3 juin : même état.

Le 4 juin au matin, deuxième crise, plus violente que la première. Exacerbation des douleurs du ventre et de la cuisse droite. L'état général commence à faiblir. Pouls petit et fréquent. Anorexie, hoquets, vomissements, frissons. Teinte subictérique surtout marquée aux conjonctives. La température est normale. Deux autres médecins sont appelés en consulta-

tion. Les douleurs étant très vives on fait une injection de morphine. Potion avec extrait de quinquina et KBr. Le 5 juin, persistance des douleurs et de l'écoulement sanguin. Pouls faible et fréquent. Apyrexie. Toucher vaginal négatif. Le toucher rectal fait reconnaître sur la face postérieure de l'utérus, et légèrement à droite, une masse très dure, de petite dimension, douloureuse au toucher, donnant assez exactement la sensation d'un fibrome. Le diagnostic posé est fibrome de la face postérieure de l'utérus avec symptômes d'obstruction intestinale.

La malade sent dans l'abdomen un poids qui semble se déplacer lorsqu'elle fait un mouvement.

Le 6 et le 7, aggravation de tous les symptômes, crises syncopales fréquentes ; faiblesse extrême. Pouls encore plus faible et plus fréquent (140). Apyrexie. Persistance des douleurs. Dans la nuit, diarrhée subite assez abondante. Suppositoire à l'antipyrine et à l'extrait de belladone. Piqures de morphine.

Le 7 juin, M. Picqué est appelé en consultation. Il constate l'état général inquiétant de la malade, grande faiblesse, fréquence du pouls, température est à 36°6. Pratiquant le toucher vaginal et le toucher rectal il ne trouve pas la tumeur de la face postérieure de l'utérus reconnue le 5, par les médecins précédents. Réservant son diagnostic, il estime que l'on peut craindre une collection purulente pelvienne, tout en faisant les plus grandes réserves au sujet d'une grossesse extra utérine. Sur son conseil la malade est dirigée sur la maison Dubois, en vue d'une intervention. Nouvelle injection de morphine.

En résumé, depuis le 4 juin, le pouls petit et fréquent avec état syncopal, la température tombée au-dessous de la normale, auraient pu faire penser à une hémorragie interne. Il y a eu quelques symptômes de péritonisme : hoquets, nausées, vomissements bilieux (non porracés). Le ventre n'a jamais été

ballonné, mais il était très sensible au niveau de la fosse iliaque droite.

L'écoulement muco-sanguin qui a suivi les règles a persisté sans interruption jusqu'au jour de l'opération.

Le col de l'utérus était largement ramolli et augmenté de volume, l'orifice était fermé. Rien dans les culs-de-sac. La tumeur dure nettement perçue par trois médecins le 5 juin sur la face postérieure de l'utérus n'était plus sentie par le Dr Picqué le 8 juin. Urines toujours normales.

La malade entre le 8 juin au soir à la maison Dubois, dans le service du Dr Picqué. Le soir de son entrée la température est à 37°8. La malade très fatiguée par le transport se plaint de douleurs très violentes dans le ventre; il est impossible de poser la main sur l'abdomen.

Le lendemain 9, la malade est chloroformée pour permettre l'examen de l'abdomen. M. Picqué constate l'existence d'une masse en avant et à droite de l'utérus. Le soir, 38°2.

Le 10 juin, facies bistré. Opération.

A l'ouverture de l'abdomen, il sort une grande quantité de sang brunâtre et de nombreux caillots sont enlevés contre les anses intestinales; il existe une inondation péritonéale. Lavage du péritoine à l'eau bouillie et tiède, toilette du ventre avec des compresses stérilisées. On s'aperçoit alors que le sang provient de la rupture d'une grossesse tubaire droite. L'hémorragie continue sous les yeux de M. Picqué qui après ligature pratique la résection de la trompe. Toilette du péritoine. Drainage de Mickulicz avec des mèches de gaze simple stérilisées et fermeture du ventre. Le soir de l'opération, la malade va bien, elle a quelques nausées. T. 38°4.

Le lendemain matin, 38°2; respiration fréquente, pouls petit, douleurs abdominales toujours très intenses. Le soir. T. 39°4.

Le 12 au matin, lavement. Le drainage est enlevé et rem-

placé. Le soir à 5 heures, dyspnée, pouls très rapide, nausées, T. 38°2.

M. Picqué, à la demande de M. Macé, interne du service, autorise celui-ci à faire une injection de sérum artificiel. A 7 heures du soir, l'injection est faite sans incident, deux litres de sérum sont injectés dans la veine saphène interne du côté droit au niveau de son passage en avant de la malléole interne. La malade est dans un état très précaire, on lui fait des injections d'éther, de caféine et des inhalations d'oxygène. On la réchauffe avec des boules d'eau chaude.

Le pouls ne s'est pas relevé aussitôt après l'injection, l'anhélation est toujours très grande, l'interne du service juge qu'elle ne passera pas la nuit.

Le lendemain, on apprend qu'à partir de 2 heures du matin la nuit a été meilleure. T. 37°4. La malade est toujours très faible. On lui fait boire des grogs légers et du champagne coupé avec de l'eau de Vichy.

Le surlendemain 14 juin, le drainage est enlevé et la malade quitte le pavillon d'isolement pour rentrer dans sa chambre. La température n'a pas dépassé 37°4 et même les jours suivants est restée au-dessous de 37°, de 36°6 à 36°9. Depuis ce jour l'amélioration a progressé, elle a quitté l'hôpital le 5 juillet et depuis cette époque sa santé a toujours été excellente.

Obs. III due à l'obligeance de M. le Dr P. Delbet, chirurgien
des hôpitaux (1).

Joséphine Béal, âgée de 40 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, le 5 septembre 1895. Bonne santé habituelle. Régulée depuis l'âge de 17 ans. Deux grossesses normales à 21 et à 26 ans. Leucorrhée légère depuis l'âge de 28 ans, dernières règles le 22 mai 1895. En juin et en juillet, aménorrhée com-

(1) A l'heure où paraît notre thèse, cette observation a dû être publiée par les soins de M. P. Delbet.

plète. Le 4 août, douleurs lombaires et pelviennes suivies de métrorragies avec caillots pendant huit jours.

Depuis ce moment elle a eu des hémorragies intermittentes légères.

A la fin de juin, la malade a commencé à ressentir les symptômes du début de la grossesse (seins augmentés, sensibles à la pression, nausées, vomissements, etc.).

Au moment et un peu avant l'hémorragie elle éprouva des douleurs très fortes, expultrices, siégeant dans la fosse iliaque droite et irradiant dans les reins et dans tout le bassin. Depuis le 4 août, date de la première attaque, jusqu'au jour de l'entrée à l'hôpital, plusieurs crises analogues.

Le 5 septembre, la malade est pâle, amaigrie, dans un état de faiblesse marqué; le pouls est petit, il n'y a pas de fièvre. T. 37°4. Extrémités froides, il n'y a pas trace d'écoulement vaginal: ni sanguin, ni leucorrhéique. La patiente se plaint de douleurs violentes survenant par crises. Le ventre est un peu gros, sensible à la pression. La douleur est surtout vive au-dessus de l'arcade fémorale droite où l'on sent une tumeur du volume des deux poings. Cette tumeur dure, tendue, mobilisable d'avant en arrière, paraît située un peu en avant et sur le côté de l'utérus.

Le toucher vaginal pratiqué fournit les renseignements suivants: col gros, ramolli, entr'ouvert; utérus augmenté de volume et semblant se continuer avec une tumeur siégeant au niveau des annexes droites. Tumeur tendue, renittente, très douloureuse et du volume du poing. Elle est mobile de haut en bas, et dans le sens antéro-postérieur. Tumeur et utérus mobilisables ensemble. Jusqu'au 11 septembre l'état de la malade reste stationnaire. La température se maintient au-dessous de 37°, donnant une moyenne de 36°5 pendant les cinq jours précédents. Le 11, à 9 heures du matin, subitement l'état de la malade a empiré: à la suite d'une violente douleur, elle est devenue pâle, lèvres décolorées, dans un état de prostra-

tion très marqué. Le pouls est devenu très petit, presque incomptable. Le refroidissement périphérique est très accentué. Les symptômes d'hémorragie interne allant s'accroissant, M. Courtillier, interne du service, fait appeler M. Delbet, chirurgien du service, qui procède à l'intervention à 3 heures de l'après-midi, six heures après le début des accidents. Aussitôt l'incision de la paroi, il sort un liquide séro-sanguinolent, puis du sang pur et des caillots volumineux; beaucoup de ceux-ci sont logés entre les anses intestinales; on aperçoit aussitôt la tumeur qui est encore très tendue, le sang vient de sa face postérieure « à gros bouillons »; on ne peut faire passer la tumeur à travers la plaie abdominale. On la ponctionne; il en sort un demi-verre environ de liquide citrin transparent, on n'a pas obtenu une goutte de sang par cette manœuvre. L'hémorragie augmentant d'intensité, on passe une ligature en chaîne sur la corne utérine droite, et on enlève la tumeur. L'hémorragie continue cependant; on tamponne fortement avec des mèches de gaze iodoformée et on ferme le ventre.

La tumeur était constituée par un kyste fœtal intact ce qui explique pourquoi la ponction n'a donné issue qu'à du liquide amniotique. L'embryon bien constitué paraissait avoir 3 mois 1/2 à 4 mois. Le sang venait de la paroi tubaire rompue.

Après l'opération, on injecte sous la peau 150 grammes de sérum artificiel, 2 centimètres cubes d'éther et 0 gr. 25 de caféine.

Le soir, le pouls est meilleur, il n'y a pas eu d'hémorragie (T 36°6), on renouvelle les injections de sérum, etc... Le pansement est taché par du liquide séro-sanguin.

Le lendemain, état général meilleur; vers le soir, légers accidents dus à l'iodoforme (injections de sérum). Le 13, on retire les mèches de gaze, on change le pansement. Le troi-

sième jour, on met par la plaie abdominale un drain dans le cul-de-sac postérieur.

La malade qui durant sa convalescence a eu une poussée de congestion pulmonaire sort un mois après l'opération conservant une fistule.

OBS. IV. — Kezmarszky (*Congr. Soc. Med. Buda-pest*, 1888).

Jeune femme éprouve douleur abdominale violente en essayant de soulever un sac très lourd. Nouvelle crise deux jours après, 2 octobre. Morte le 6. Autopsie judiciaire. Abdomen plein de sang. Fœtus de 3 mois. Rupture tubaire.

OBS. V. — Hoffmann (Vienne) (*Brit. Med. J.*, 1888, p. 93).

8 cas de mort par rupture de grossesse tubaire : 6 femmes avaient plus 30 ans. 7 fois rupture au second mois, une fois au troisième. Dans la moitié des cas il s'est écoulé de quatre à douze heures entre le début et la mort. Dans les autres cas, pas de détails ; mais il est probable que, dans la plupart, à condition que le diagnostic ait été fait avec à-propos, on avait le temps nécessaire pour intervenir.

OBS. VI. — F.-R. Mutch (*In Brit. Med. J.*, 1888, p. 1284).

Montre la trompe et l'utérus d'une femme morte de rupture de la trompe à la huitième semaine d'une grossesse ectopique.

OBS. VII. — Prince Stallard (p. 1400, *ibidem*).

Montre les annexes et l'utérus d'une femme de 26 ans, morte d'hémorragie interne résultant de la rupture de la trompe gauche. Fœtus, 4 mois. Utérus augmenté et doublé d'une membrane épaisse et rouge (caduque). Cas intéressant au point de vue médico-légal ; une heure avant le début des symptômes (collapsus, douleur fosse iliaque gauche), elle avait reçu un coup violent dans le ventre.

OBS. VIII. — Banga (*Am. J. of Obst.*, 1891, p. 111).

Femme prise subitement d'une douleur aiguë dans l'abdomen en faisant sa toilette. Elle commence à vomir, et présente bientôt tous les symptômes du choléra morbus. Plusieurs médecins, devant les symptômes de diarrhée et de ténésme durant depuis une heure, confirment ce diagnostic. Il était alors 10 heures du matin. Banga fut appelé à 10 heures du soir. Il faisait alors un rapport sur les périodiques allemands pour le Dr Mundé, et ils étaient remplis de discussions sur la G. E. U. Dès qu'il vit la malade, il pensa : Ne suis-je pas devant un cas de G. E. U. rompue ? Elle était exsangue, sans pouls, respirant lentement, en état de mort apparente. Au toucher, cul-de-sac postérieur bombant dans le vagin : sensation de mollesse pâteuse. La malade meurt. Autopsie : abdomen rempli de sang ; trompe rompue. Il y avait huit semaines que la femme était mariée. Règles deux semaines avant.

OBS. IX. — William Pierson (*N.-Y. Med. Rec.*, octobre 1892.)

38 ans multipare, le plus jeune 10 ans. Le matin en se levant, tombe dans un profond collapsus. Diagnostic. G. E. U. rompue. Laparotomie. Abdomen plein de sang. Trompe gauche. Ablation, lavage. Lavement salé. Injections stimulantes. Grossesse six semaines. Abscess de la paroi. Guérison rapide.

OBS. X. — Price (*Am. J. of Obst.*, 1892).

a. — Mrs W., dans le collapsus à la suite de la rupture d'une grossesse tubaire de 4 mois. Face livide, extrémités froides, respiration suspireuse, pas de pouls à la radiale, strychnine digitale. Laparotomie. Quantité considérable de sang et de caillots. Ablation, drainage. Guérison rapide.

b. — 29 ans, mariée depuis neuf ans. Stérile, aménorrhée de trois mois, suivie d'une douleur aiguë dans l'abdomen ; symptômes d'hémorrhagie interne. Laparotomie, ablation de

la trompe, du placenta et du fœtus, et d'une grande quantité de sang. Guérison.

OBS. XI. — Charles Nammack (*N.-Y. Med. Record*, 1893, p. 248).

En 1885, accouchement, infection puerpérale, suppurations pelviennes; en 1892, nouvelle grossesse, avortement. En janvier 1893, douleur abdominale qui reparait le 13 février et s'accompagne d'expulsion de caduque; le 14, symptômes d'hémorragie interne, collapsus. Opération refusée à 2 heures; faite d'urgence à 4 heures chez la malade, sur une table d'opération improvisée. Hémorragie libre abondante. Grossesse: 6 semaines. Trompe gauche. Guérison.

D'après l'auteur, ce cas prouve: 1° l'importance des troubles pelviens antérieurs; 2° la possibilité de faire de semblables opérations dans les plus pauvres quartiers, à condition d'être propre et d'avoir des instruments aseptiques.

OBS. XII. — B.-F. Kingsley (*Brookl. Med. J.*, 1893).

Grossesse tubaire chez une femme de 20 ans; la rupture survenue au quatrième mois simula une attaque de choléra morbus.

OBS. XIII. — Hammond (*The rurer lancet*, 1893, p. 52).

Grossesse tubaire de 3 mois. Femme de 40 ans: 5 enfants. Les accidents qu'elle avait présentés avaient permis de faire le diagnostic de grossesse tubaire rompue. Laparotomie. Abdomen plein de sang, œuf fœtal non déchiré à droite. L'hémorragie fut très abondante et nécessita la réouverture de l'abdomen pour pratiquer la compression et faire des lavages chauds.

OBS. XIV. — Michaux (*Soc. Chir.*, novembre 1893).

Malade présentant symptômes d'étranglement herniaire

ombilical. La hernie, petite, n'était nullement étranglée, mais en incisant la paroi un flot de sang jaillit. On en recueillit deux litres et demi. Trompe rompue, réséquée. Guérison. L'hémorragie s'était faite progressivement du matin jusqu'au soir.

Obs. XV. — J.-E. Briscoe (*The Lancet*, 1894, p. 849).

36 ans, 4 enfants. Dernières règles en juillet. Le 30 septembre, douleur violente, grande faiblesse, vomissements, la douleur persiste douze heures. Le sixième jour après son attaque, col ramolli, orifice légèrement dilaté, léger écoulement sanguin. Le 7 octobre, la perte augmente, elle rend deux fragments de caduque, l'orifice admettait le doigt; utérus en anteversion, on en fait le cathétérisme pour opérer la réduction; le 15 octobre, nouvelle crise suivie de collapsus. Laparotomie, l'état s'aggravant. Abdomen rempli de sang liquide et de caillots. Trompe gauche rompue; sort guérie vingt et un jours après l'opération.

Obs. XVI. — Schacht (*Ibidem*, p. 854).

a. — 30 ans, 2 enfants, le dernier 4 ans. Aménorrhée quatorze semaines, trois crises douloureuses avec collapsus, P., 104. R., 28. Seins augmentés, aréole plus noire. Laparotomie. A l'ouverture du péritoine, le sang jaillit. Trompe droite distendue; un point saignant, hémostase avec une pince. Ablation; drainage. Guérison. Fœtus, 2 mois 1/2.

b. — 34 ans, 2 enfants, le dernier 8 ans. Fausse couche, il y a neuf mois; se croit de nouveau enceinte et quelques semaines après, crise douloureuse qui fait croire à un nouvel avortement. Six semaines après le début, état général très mauvais; anémie, mais point du tout l'apparence de quelqu'un souffrant d'une hémorragie interne. Pas de collapsus. Après deux jours d'attente, elle va plus mal. Laparotomie. On voyait très nettement le sang dans la cavité péritonéale, à travers le

péritoine non ouvert. Quand on incisa ce dernier, il jaillit spontanément. Trompe droite élargie, rompue dans son tiers externe. L'hémorragie était encore assez active pour empêcher de voir nettement l'état des organes malgré les coups d'éponge répétés.

On laisse environ 8 onces de liquide dans la cavité. Absorption rapide. Guérison. Grossesse : 8 semaines.

Obs. XVII. — Richard Fawell (*Ibidem*, p. 1099).

Règles régulières ; retard de trois jours ; perte pendant quelques heures. Nouvelle perte 5 jours après qui persiste jusqu'à la rupture. 7 semaines après la dernière période normale, douleur subite et atroce. Pâleur, collapsus, respiration rapide. P., 160, hypothermie, col ramolli ; pas de tumeur. Laparotomie. Sang en grande quantité. Trompe gauche rompue près de l'utérus. Lavage à la solution saline. Guérison.

Obs. XVIII. — Moss (*Edimb. Med. J.*, 1894, p. 421).

Multipare : 25 ans ; dernière grossesse il y a quatre ans. Aménorrhée, trois mois ; apparition d'une tumeur à droite de l'utérus. Douleur subite suivie de faiblesse et de disparition de la tumeur ; repos au lit une semaine ; expulsion d'une caduque. Le huitième jour, collapsus, pouls rapide, hypothermie. Mort le soir, avec symptômes d'hémorragie interne grave, utérus gros, col mou. Ceci se passait à Madagascar, l'autopsie ne fut pas faite.

Obs. XIX. — A.-J. Smith (*Dublin. J. Med. Soc.*, 1894, p. 397).

36 ans ; 2 enfants, le dernier 8 ans. Règles en janvier ; en février, pertes légères mais répétées. Le 22 mars, pâleur extrême. P., 120. T., 99, lèvres blanches, le peu de sang perdu par le vagin ne pouvait expliquer cet état. Utérus augmenté, antéfléchi, cul-de-sac postérieur pâteux et bombant dans le

vagin. Opération d'abord refusée, fut permise par le mari trois heures après, et faite dans le lit de la malade à cause de l'extrême gravité de son état. Plaie complètement exsangue ; flot de sang à l'ouverture du péritoine. Ligature sur le ligament large gauche rompu près de l'utérus. La malade est placée en position de Trendelenburg. Le pouls redevient meilleur alors. Guérison.

Obs. XX. — Stritton (*Kidderminster, Med. Soc.*, 1894).

37 ans, 4 enfants. Règles, décembre; le 14 février, douleur abdominale violente accompagnée de syncope. Facies pâle, extrémités froides. Laparotomie. 3 litres de sang et de caillots. Déchirure grosse comme la tête d'une épingle sur la trompe droite. Ablation. Transfusion de solution saline. Mort, 40 heures après l'opération.

Obs. XXI. — Crewdson Benington (*Med. Press*, mars 1894).

a. — 28 ans; dernières règles, 22 mars. Le 7 mai 1892, à 7 h. 30 du matin, elle était en bonne santé; à 8 heures, douleur abdominale; symptômes de grossesse du côté du vagin et du col; à 9 heures, collapsus. Opération à 11 h. 30. Symptômes évidents d'épanchement sanguin considérable dans le péritoine. Collapsus si profond que l'on craint de voir la malade mourir sur la table d'opération. Guérison en quinze jours.

b. — Le 9 octobre 1893, aménorrhée de cinq semaines (diagnostic: grossesse normale, tendance à l'avortement). Le 8 novembre, douleur atroce, prostration. Laparotomie. Hémorragie libre dans le péritoine. Trompe droite. Guérison rapide.

Obs. XXII. — Maurice Richardson (*Ann. of Surg.*, 1894, p. 705).

a. — Femme de 36 ans, mariée depuis seize ans; une fausse couche six mois après son mariage. Dernières règles

trois semaines avant son entrée à l'hôpital. 1^{er} juillet, douleur abdominale interne. Le 3 juillet, nouvelle crise. Constipation. Le 4, T., 97°. P., 80, faible. R., 30, facies pâle, anxieux. Matité, fosse iliaque droite. Vomissements. Malgré les stimulants, l'état empira. Collapsus. Diagnostic douteux, personne ne songea à la grossesse ectopique. Mais il était évident que l'on se trouvait en présence d'une hémorragie interne grave d'où nécessité d'intervenir. A l'ouverture, le flot de sang vermeil fut si considérable « que l'on crut un moment avoir ouvert un anévrysme ». Rupture de la trompe droite qui avait le volume d'une grosse olive au voisinage de l'extrémité ovarienne et présentait une déchirure assez grande pour admettre l'extrémité du doigt. La tumeur saignait au moment de l'opération. Guérison rapide.

Dans les trois cas suivants, l'état des malades était si alarmant qu'il rendait fort douteux l'opportunité d'une intervention. (Richardson.)

b. — Multipare, 31 ans ; dernières règles, avril ; en mai, expulsion de caduque. La nuit, à 11 heures, douleur abdominale ; à minuit, nouvelle attaque et à 3 heures, collapsus. Diagnostic, G. E. U. rompue, hémorragie intra-abdominale ; stimulants avant de pratiquer l'opération. A 10 heures du matin, onze heures après le début, elle était sans pouls et dans un état d'agitation extrême ; elle mourut pendant les préparatifs de l'opération.

c. — 36 ans, fausse couche il y a quatre ans. Il y a un mois, douleur abdominale suivie de pertes vaginales ; repos au lit ; en juillet, 2 nouvelles crises suivies de collapsus. A son entrée à l'hôpital, elle était relativement bien, une heure après elle tombait dans le collapsus ; on attend pour intervenir une réaction qui ne se produit pas, elle meurt quarante-huit heures après le début des symptômes.

d. — 33 ans ; mariée depuis dix ans, aucune grossesse. Douleurs abdominales semblables à celles du travail pendant deux semaines ; shock profond ; diagnostic fait facilement ; état général très mauvais ; P., 140, très faible ; respiration très rapide. Préparatifs de l'opération faits à la hâte. Sang en grande quantité dans l'abdomen, opération assez pénible à cause des adhérences de la tumeur ; pas de lavage, pas de drainage. Mort cinq jours après l'opération de péritonite généralisée.

e. — Symptômes de colique hépatique, tumeur dans le douglas, opération refusée. Collapsus soudain et mort. A l'autopsie, rupture de G. E. U.

f. — 38 ans, douleur subite dans l'abdomen ; aucun symptôme constitutionnel. Matité dans les flancs ; masse à droite de l'utérus. Laparotomie ; grande quantité de sang et de caillots, tamponnement à la gaze. Guérison rapide.

OBS. XXIII. — Stone (*Am. J. of Obst.*, 1894).

Multipare. Mourante quand on l'opéra. Laparotomie ; succombe immédiatement. Abdomen plein de sang. Stone regrette de n'avoir pu opérer plus tôt, il aurait à son avis sauvé la malade. Fœtus de 3 mois.

OBS. XXIV. — Rufus Hall (*Ibidem*).

25 ans ; enfant de 4 ans. Dernières règles, 17 novembre. Première crise le 17 décembre : crises successives ; 2 janvier, 11 et 19 février ; expulsion d'une caduque. Abdomen plein de sang. Fœtus, 4 semaines. Il était mort à la première crise.

OBS. XXV. — Grandin (*Ibidem*, p. 864).

28 ans : grossesse tubaire droite en 1891 ; traitement électrique : hématoécèle, incision vaginale. Août 1894, symptômes d'avortement : curettage. Octobre, crise douloureuse : dia-

gnostic, rupture de la trompe gauche, laparotomie, sang liquide et caillots dans l'abdomen. Ablation des annexes droites et gauches, drainage par le douglas. On laisse un quart de solution saline dans l'abdomen. Guérison. Grossesse : 12 semaines.

OBS. XXVI. — Barton C. Hirst (*Philad. Med. News*, 1894).

Avortement à 4 mois, par introduction d'un cathéter dans l'utérus. Crise douloureuse, symptômes d'hémorragie. Abdomen plein de sang. Trompe droite, sac de 7 semaines. Guérison.

OBS. XXVII. — Montgomery (*Ann. of the Univ. Méd. Sci.*, 1894, F. 65).

Une femme, ayant eu ses règles il y a une semaine, entre à l'hôpital, souffrant d'une douleur dans le ventre. Utérus rétroversé ; à droite, on sentait une pulsation aussi distincte que si le doigt avait été placé sur l'artère fémorale ; à la suite d'un second examen, elle devint subitement dans un état de faiblesse considérable ; sans pouls, presque sans respiration et absolument pâle. Injections hypodermiques en attendant l'autorisation d'opérer. L'abdomen contenait 3 pintes de sang, et à droite, un gros vaisseau qui provenait d'un petit sac fœtal saignait abondamment. La malade ne se releva pas du shock et mourut une demi-heure après l'opération.

OBS. XXVIII. — Dickson (*J. of. Am. Med. Assoc.*, 1894, p. 454).

Cas de grossesse double, l'un intra, l'autre extra-utérine. Femme de 28 ans, 4 enfants. Le 17 octobre 1891, fausse couche de 4 mois. Le 26 décembre, dix semaines après, nouvel avortement. Le 10 juin, crise douloureuse ; le 15, nouvelle crise et pertes. Opération le 24 ; abdomen plein de sang ; trompe gauche rompue ; lavage ; drainage. Guérison.

Obs. XXIX. — Cordier (*Ibidem*, p. 708).

5 laparotomies pour grossesses tubaires rompues ; dans tous les cas, rupture avant la onzième semaine ; l'une était à la fin de la sixième semaine ; une seule morte de péritonite cinq jours après : pendant l'opération on avait crevé un gros abcès près de l'utérus.

Obs. XXX. — H. S. Houghton (*N.-Y. Med. J.*, 1894, p. 763).

Deux périodes menstruelles sans règles : à l'époque de la troisième, pertes continuelles. Il trouve la malade dans le collapsus ; elle avait expulsé deux larges fragments de caduque. Douleur intense à gauche dans le bassin. Laparotomie. Abdomen plein de sang ; trompe rompue. Guérison.

Obs. XXXI. — Pick (*Soc. de Méd.*, Berlin, 1894).

Présente la trompe déchirée d'une femme, à laquelle on fit la laparotomie, pour de violentes douleurs survenues subitement dans le région abdominale ; on trouve 1 litre 1/2 de sang et à côté de l'utérus un petit sac gros comme une noix. Grossesse tubo-interstitielle : 4 à 5 semaines.

Obs. XXXII. — Tschopp (*Gaz. heb. de la Russie Mérid.*, 1894).

2 cas de grossesse tubaire rompue : l'une à deux mois, l'autre à la quatrième semaine. Les malades présentaient tous les signes d'hémorragie interne avec phénomènes généraux graves. On fit la laparotomie après injections de sérum. Dans les deux cas, petit bassin rempli de sang liquide et en caillots ; chez la première, trompe gauche rompue ; chez la deuxième, trompe droite. Après avoir enlevé le sang en partie (pour aller plus vite, étant donnée la gravité de leur état), on fit l'ablation des annexes. Guérisons.

Obs. XXXIII. — Hartmann (*Soc. Anat.*, 1894, p. 616).

39 ans, deux enfants, le dernier 7 ans : dernières règles

dans les premiers jours de janvier. Le 25 février, douleurs abdominales, symptômes d'obstruction intestinale. Le 28, collapsus. P. 160. Laparotomie. Dès l'incision, il sort du sang rouge vif et de nombreux caillots ; tout le bassin est plein de sang. Rupture de la trompe droite. Guérison.

OBS. XXXIV. — Seward (*N.-Y. Méd. Rec.*, 1894, p. 303).

Grossesse ectopique rupturée à un mois. Laparotomie d'urgence. La trompe attirée dans la plaie saignait au moment de l'opération.

OBS. XXXV. — Breesc (*N. Y. Med. J.*, 1895, p. 535).

2 cas de rupture de G.E.U, sans diagnostic ferme, bien que la grossesse ectopique fût soupçonnée dans ces deux cas ; rupture des trompes, hémorragie abondante, opération. Guérisons : shock considérable à la suite du premier ; transfusion et guérison rapide.

OBS. XXXVI. — Henry M. Silver (*Ibidem*, 1894, p. 763).

35 ans, enfant 7 ans. Dernières règles, 13 juillet. Le 3 septembre, douleur fosse iliaque droite et légère perte ; 16 septembre, deuxième crise et expulsion de caduque ; le 21, collapsus. Premier diagnostic : avortement. Le Dr Nammack propose opération pensant à G. E. U., elle est refusée. Le lendemain, nouvelle attaque ; shock profond. Laparotomie : abdomen plein de sang liquide, rupture à l'union de la trompe gauche et de l'utérus. L'état de la malade est désespéré ; on place un clamp entre l'utérus et le sac. Mort trente-six heures après l'opération.

OBS. XXXVII. — Deaver (*New-York Med. J.*, 1895, p. 312).

a. 31 ans, pertes depuis six semaines, utérus rétrofléchi. Curettage le 25 septembre. Le 22 novembre, dans la nuit,

prise d'une douleur intense à droite : poulx filiforme, T. 96°. Diagnostic, rupture de G. E. U. Laparotomie, abdomen plein de sang et de caillots. Trompe droite rompue. Drainage. Guérison.

b. — 36 ans. 2 crises successives dans la même journée à 2 heures du matin et à 9 heures ; très mal au moment de son admission ; abdomen sensible, matité à droite. Laparotomie. Abdomen plein de sang et de caillots. Trompe droite siège d'une petite rupture. Lavage, drainage. Injections salines sous-cutanées. Guérison le 23^e jour.

L'auteur fait précéder le troisième cas de la réflexion suivante : Ce cas montre le danger de l'expectation aussi fortement que les deux précédents montrent l'efficacité de l'intervention précoce.

c. — 30 ans. Mariée depuis 9 ans, pas de grossesse. 29 janvier, légères douleurs abdominales. Augmentation des seins. Le 2 février : douleur, collapsus, poulx incomputable, T. 96°5, entre à l'hôpital, légère réaction. Opération refusée. Le 23 février, nouvelle crise. Opération le lendemain ; sang frais, fœtus et caillots dans l'abdomen. Trompe droite rompue, très adhérente aux anses intestinales. Hémorragie en essayant de rompre les adhérences. Tamponnement. Mort le lendemain d'hémorragie.

Obs. XXXVIII. — Biggs (*Med. Rec.*, 1895, p. 856).

Mort par hémorragie interne ; diagnostic fait à l'autopsie ; 6 jours avant, elle avait rendu par le vagin quelques caillots rouges ; diagnostic : fausse couche ; curettage. Traitement médical : repos, glace, opium. Mort deux jours après son entrée à l'hôpital. Cavité abdominale remplie de sang. Environ 8 pintes. Trompe gauche : grossesse de 2 mois.

Obs. XXXIX. — Cornelius Kollock (*Ibidem*, p. 716).

Mulâtresse, 34 ans, 3 enfants. Abdomen très distendu, fluc-

tuation et sensation de flot très évidente. La femme affirmait qu'elle était enceinte de 4 mois. Laparotomie. La cavité contenait un fœtus pesant 2 livres. La malade était extrêmement mal au moment de l'opération. Guérison.

OBS. XL. — Bland Sutton (*Med. Press.*, 1895).

24 ans, seins pleins de lait ; pas d'enfants ; grosse tumeur allant presque jusqu'à l'ombilic ; utérus gros, col mou, ouvert ; cavité utérine, 9 centimètres. La nuit avant l'opération : douleur, pâleur, augmentation de la tumeur qui atteignait l'ombilic : laparotomie. L'hémorragie s'était faite entre les feuillets du ligament large droit. Ce cas est rare, car ordinairement l'hémorragie par rupture de grossesse tubaire dans le ligament large s'arrête, et il y a résorption ou suppuration.

OBS. XLI. — Cullingworth (*Ibidem*, p. 382).

36 ans, mariée depuis quinze ans, pas d'enfant. Dernières règles : 2 novembre. Depuis trois semaines, vomissements le matin. Le 28 novembre, douleur peu violente, vomissements et faiblesse considérable. Le 30, soif intense, collapsus, légère perte vaginale. Rien à la palpation : utérus déplacé à gauche ; tumeur mal définie à droite ; rétention d'urine. Opération le 1^{er} décembre. Ablation de 28 onces de sang liquide et en caillots. Caillot adhérent à l'extrémité frangée de la trompe droite et contenant l'embryon. Opération : durée une demi-heure ; injection sous-cutanée d'une pinte et demie de solution saline. La malade ayant cessé de respirer pendant l'opération, on suspendit l'anesthésie, la respiration revint. Mort la nuit suivante. L'embryon avait 3 semaines.

OBS. XLII. — W. J. Smyly (*Ibidem*, p. 634).

Grossesse tubaire droite, rompue pendant exploration bimanuelle. Trompe et ovaire gauches enlevés 15 mois avant. Etat très grave, collapsus. Guérison.

Obs. XLIII. — J. Mac Ewitt (*Brookl. Med. J.*, 1895, p. 201).

a. — 19 ans, négresse. Fausse couche de 3 mois : membranes et fœtus intacts, suivant le témoignage du médecin qui l'a soignée. Dix jours après, elle est prise subitement de douleurs semblables à des coliques, elle meurt une demi-heure après. Autopsie légale : abdomen plein de sang, rupture de la trompe droite. On trouve le fœtus dans le sang. L'auteur se demande s'il y avait grossesse jumelle ou superfœtation.

b. — 40 ans, multipare ; cinq semaines après ses dernières règles, elle éprouve une douleur intense suivie d'un besoin impérieux de défécation ; elle tombe dans le collapsus : on l'amène à l'hôpital pour faire la laparotomie, mais le chirurgien refuse de l'opérer trouvant son état trop désespéré. Elle mourait le lendemain. Abdomen plein de sang, rupture de la trompe gauche, et second fœtus dans l'utérus.

c. — Négresse de 30 ans ; un mois avant son entrée à l'hôpital, fut prise d'une douleur intense ; elle crut à une fausse couche, car elle se croyait enceinte : sensibilité de l'abdomen, douleur surtout au moment de la défécation ; elle avait alors des syncopes ; se levant de sa chaise percée, elle tombe dans le collapsus et meurt. Abdomen plein de sang, rupture de la trompe gauche.

Obs. XLIV. — Mac Naughton (*Ibidem*, p. 201).

Fille ne se disant pas enceinte ; hémorragie au water-closet : stimulants ; le lendemain, elle a réagi un peu ; on trouve à gauche une tumeur, on croit à du pus et on fait une incision parallèle au ligament de Poupart : il sort un flot de sang ; on ferme l'incision et on fait la laparotomie médiane. Abdomen plein de sang, rupture de la trompe droite près de l'utérus. Guérison.

Obs. XLV. — Nammack (*Am. J. of. Obst.*, 1895, p. 110).

Dernier enfant il y a sept ans. Premiers symptômes de rupture le 3 septembre. Le Dr Nammack vit la malade le 21, alors que la rupture et l'hémorragie interne à la suite d'une nouvelle attaque étaient évidentes. Il propose une intervention immédiate, opinion qui est combattue par trois médecins, pensant que l'hémorragie se faisait dans le ligament large et qu'elle s'arrêterait. La nuit suivante, la malade tombe dans le collapsus, par suite d'une nouvelle poussée d'hémorragie interne. Alors il n'y eut plus de divergence de vue sur la nécessité d'opérer. Mais il était trop tard. La malade mourut cinquante-deux heures après. Le fœtus avait environ 43 jours.

Obs. XLVI. — Chambers (*Ibidem*, p. 165).

24 ans, menstruation régulière. Règles manquent en mars. Nausées, dureté des seins. Elle se croit enceinte. Le 3 avril, douleur intense dans l'abdomen du côté droit. Constipation opiniâtre. Le 5 avril, sensibilité abdominale ; léger écoulement sanguin. T. 99°5, P. 104. Cet état continue jusqu'au 12 avril. Le 15, section abdominale. Sang libre et grande quantité de caillots dans l'abdomen. Trompe droite distendue et saignante par une rupture. Ablation ; nettoyage de la cavité. Guérison.

Obs. XLVII. — Palmer (*Ibidem*, p. 424).

Malade, semble mourir d'hémorragie interne. Début le 16 octobre au matin. A 3 heures de l'après-midi : sans pouls ; à 5 heures 30, pouls meilleur, aucun préparatif n'a été fait et la nuit arrive, la laparotomie renvoyée au lendemain matin. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve un quart et demi de sang à moitié coagulé. La grossesse siégeait sur la trompe droite près de l'utérus et s'étendait en bas entre les feuillets du ligament large. La trompe était rompue de telle

sorte que je pus introduire facilement mon doigt entre les deux feuillets du ligament. Ablation de la trompe, de l'ovaire et du sac. Il suinte encore un peu de sang. Ligature du plexus pampiniforme en deux endroits. A ce moment, je crus que la malade était morte ; elle était absolument sans pouls, elle ne paraissait pas respirer. La plaie abdominale est fermée. On la met dans cet état dans son lit. On lui injecte une pinte d'eau salée dans le rectum ; elle commence à se ranimer. Grossesse : 3 mois. Guérison.

Obs. XLVIII. — Grandin (*Ibidem*, 429).

40 ans, stérile depuis plusieurs années. Deux semaines avant, crise simulant une appendicite. Symptômes de grossesse au début, aménorrhée de 3 mois. Seins, abdomen augmentés ; douleur abdominale depuis quinze jours. Toucher vaginal, 5 mai : utérus augmenté. Toucher intra-rectal : montre en haut, dans la région du cæcum, la trompe augmentée de volume ; on pense à une grossesse ectopique ; les indications n'étant pas assez nettes pour pratiquer la laparotomie, on exerce une surveillance attentive ; tous les jours, toucher intra-rectal pour vérifier l'état de la trompe. Le 11 mai, douleur intense mais passagère. Le 15, P. 85 et bon. Aucun changement du côté de la trompe ; mais l'utérus est plus gros que dix jours avant ; le diagnostic de grossesse utérine semble se confirmer. Le lendemain, la femme tombe dans le collapsus. P. 160, lèvres pâles, abdomen sensible. Laparotomie trois heures après le début des accidents. Ether. A l'ouverture du péritoine, sang liquide en abondance et caillots d'âges différents. Ablation de la trompe droite, lavage. On laisse dans la cavité un quart de solution saline. Drainage avec gaze. L'opération a duré 20 minutes. Guérison rapide.

L'auteur cite deux cas avec guérison, où il y eut une hémorragie graduelle plusieurs jours avant que la symptomatologie fût complète. Il vante la valeur de l'irrigation avec la so-

lution saline chaude et la rapidité de la réaction obtenue, en laissant une certaine quantité de la même solution dans la cavité abdominale.

OBS. XLIX. — K. Abel (*Ibidem*, p. 432).

Grossesse tubaire répétée chez la même femme. Première, à gauche, opérée en 1889. Deux ans et demi après, grossesse tubaire droite. L'auteur a constaté ici la disposition nommée trompe infantile, constituée par l'arrêt de développement des deux oviductes.

OBS. L. — Boldt (*Ibidem*, p. 434).

Grossesse tubaire après rupture opérée par le vagin. 36 ans, symptômes habituels de la grossesse ectopique; malade anémiée au plus haut point; pouls rapide, faible, légère élévation de la température, utérus augmenté de volume. Cul-de-sac postérieur bombant dans le vagin, ce qui prouvait qu'il y avait une grande quantité de sang libre dans la cavité péritonéale. Opération par le vagin deux heures après.

L'auteur opéra par cette voie pour deux raisons : 1° les parois abdominales étaient très grasses; 2° il ne voyait aucune raison pour ne pas faire l'opération par le vagin [aussi bien pour une grossesse tubaire que pour une autre affection. L'opération fut suivie de succès. Grossesse, dixième semaine.

2° CAS. — Dixième semaine également. Refuse une première opération. Le lendemain, sans pouls, d'une pâleur extrême, preuve de l'hémorragie abondante pendant la nuit. Opération commencée par le vagin. Sans anesthésie. On pratique des injections salines sous-cutanées. En incisant le cul-de-sac postérieur, la quantité considérable de sang frais qui sort de la cavité péritonéale lui fait voir que l'hémorragie est encore active, et il se décide à pratiquer la laparotomie. La trompe saignait; c'était un avortement tubaire; cinq pintes furent

injectées dans le tissu cellulaire. Mort par anémie aiguë trente-six heures après.

OBS. LI. — H.-C. Coe (*Ibidem*, p. 526).

28 ans, mariée depuis 6 ans et demi, pas d'enfants. Menstruation régulière mais très douloureuse; dernières règles, 24 octobre 1894; légère perte qui dure trois semaines en novembre; au commencement de décembre, vomissements, augmentation des seins; le 12 décembre, douleur atroce, soudaine, dans le ventre; pas de perte vaginale, reste alitée six jours. Le 26 décembre, au moment où elle se couche, elle ressent une douleur angoissante dans la partie inférieure de l'abdomen et tombe dans le collapsus. Injections hypodermiques pour la stimuler, sans résultat. A 2 heures du matin, elle est pâle, sans pouls, mais consciente. Diagnostic G. E. U. Le tympanisme abdominal rend toute exploration impossible. Au toucher, utérus augmenté. Opération immédiate; avant, on donne un lavement avec la solution saline et du whiskey. L'opération est repoussée au lendemain matin, mais la malade allant mieux elle refuse de nouveau jusque dans l'après-midi: le pouls est alors à 130, la température à 103°,8. L'abdomen est très distendu. Le péritoine est si œdématisé que la vessie est blessée par l'incision (suture immédiate). On trouve environ 20 onces de sang rouge vif et beaucoup de caillots récents. Trompe droite rupturée, ligature, ablation. Opération faite à la hâte à cause de l'état de la malade. Bassin tamponné à la gaze. Guérison rapide; trois jours après, expulsion d'une caduque. Fœtus 1 centimètre.

OBS. LII. — J.-F.-W. Ross (*Ibidem*, p. 566).

34 ans; à 8 heures du soir, violente douleur abdominale, pâleur, skock profond, extrémités froides. A 11 heures, Ross diagnostique G. E. U. rompue. Le lendemain matin, malade sans pouls; état grave, anesthésie générale jugée impossible.

Incision après anesthésie au chlorure d'éthyle; drainage pour donner issue au sang, pensant diminuer le shock. En plaçant le drain, il trouve la trompe gauche anormale. Quarante-huit heures après, péritonite : P. 112. Opération. Survécut douze heures. La rupture avait amené la séparation complète de la trompe et de la corne utérine; dixième semaine.

SECOND CAS. — Début dans la nuit; opération le jour même; mort de la malade.

Obs. LIII. — Dunning (*Ibidem*, p. 753).

Début à 4 heures 30 du matin; à 8 heures, prostration assez grande, mais peu d'anémie, douleurs dans le ventre, utérus augmenté semblant contenir un fœtus; on pense cependant à la grossesse extra-utérine; le lendemain à 8 heures, collapsus; pouls filiforme; on prépare tout pour la laparotomie; la mort semblait imminente. « Nous craignons de la voir mourir sur la table d'opération, et cependant nous estimons de notre devoir de lui accorder la légère chance de survivre, que seul ce moyen peut lui donner. » Injection de solution saline. Abdomen ouvert à 9 heures 45; flot de sang dans l'abdomen, utérus attiré dans la plaie, trompe libre, mais rupture à son union avec la trompe dans la paroi utérine. Le placenta sortait par la déchirure, une petite artère saignait dans la paroi de l'utérus. A ce moment, la malade cesse de respirer; il y avait deux minutes que l'anesthésie était suspendue quand cela se produisit, et elle n'avait fait en tout que quatre ou cinq inhalations d'éther. Respiration artificielle, injections stimulantes, tout fut inutile, elle était morte. Grossesse tubo-interstitielle.

Obs. LIV. — Bertha van Hoosen (*J. Am. Med. Assoc.* 95, p. 589).

22 ans. 19 septembre 1894. Nausées, aménorrhée depuis deux mois, utérus augmenté; à droite, tumeur; 23 et 24 septembre, crises douloureuses avec légère hémorragie utérine; consti-

pation opiniâtre; le 27, deux crises : la première à 4 heures, P., 120; T., 100; la seconde à 1 heure de l'après-midi : collapsus; matité dans la partie inférieure de l'abdomen : on soupçonne G. E. U. et on décide de faire la laparotomie. Opération à 8 heures 15. Abdomen plein de sang, trompe droite rompue. Lavage, drainage avec tube de verre. Guérison.

OBS. LV. — James Thompson, (*Texas Med. J.* 1895).

Multipare, 23 ans. Troubles de menstruation, pertes noirâtres, fétides; douleur intense côté droit de l'abdomen. Laparotomie, sang et caillots remplissant le petit bassin, déchirure de la trompe droite vers le pavillon. Ablation. Guérison.

OBS. LVI. — J. Wesley Bovée (*Virginia Med. Monthly* 1895).

37 ans. Multipare; dernières règles 22 juillet 1895, trois semaines après, légère perte; de même le 11 septembre. Elle prend alors de l'ergot de seigle. Le lendemain, violentes douleurs; hémorragie avec expulsion d'une membrane. Masse volumineuse à gauche. Laparotomie, rupture de la trompe gauche; membranes, caillots et sang noirâtre en abondance. Ablation de la trompe et des annexes. Guérison.

L'auteur pense que l'emploi intempestif de l'ergot de seigle n'a pas été sans influence sur la rupture de cette grossesse tubaire.

OBS. LVII. — Philipp Masson (*The Lancet*, 1895, p. 152).

38 ans. Admise à l'hôpital en état de collapsus. Antécédents : trois mois de pertes irrégulières et douloureuses; tumeur dans la région ovarienne gauche. Collapsus subit, quelques heures avant son admission. On trouva la trompe gauche distendue, présentant une rupture d'où venait une hémorragie active au moment de l'opération. Ablation. Guérison rapide.

OBS. LVIII. — W.-A. Stott (*Ibidem*, p. 682).

Rupture de G. E. U., simulant un ulcère du duodenum à la suite d'un symptôme qui apparut vingt-quatre heures après la rupture.

La malade était enceinte de treize semaines lorsque les symptômes d'une grave hémorragie interne survinrent, immédiatement après une miction. « Quand je la vis la première fois, quelques heures après le début, tout indiquait une rupture de la trompe. La dureté et la rigidité des parois abdominales empêchent l'examen bimanuel : quinze heures après, je constatai que la matité du foie avait disparu. De plus, toute la douleur était localisée à la région stomacale et augmentait d'intensité dès que la malade absorbait quelque chose. Il n'y avait plus de douleur dans le bassin ; on constatait une légère distension de l'abdomen. Laparotomie vingt-sept heures après le début. L'incision montra l'absence de gaz et d'aliments, et l'exactitude du premier diagnostic. La trompe gauche fut enlevée et on recueillit près de trois pintes de sang. Guérison rapide.

OBS. LIX. — Bland Sutton (*Ibidem*, p. 810).

35 ans, multipare. Douleur subite et intense dans l'abdomen, collapsus. Cinq heures après, pâle, voix éteinte, pouls à peine perceptible. Règles manquent en janvier, quelques jours après la crise survient. Abdomen distendu, matité fosse iliaque gauche. Col mou entr'ouvert. Symptômes évidents d'hémorragie interne grave. Laparotomie : à l'ouverture du péritoine un flot de sang artériel jaillit ; quatre jours après, expulsion d'une caduque. Guérison. On avait diagnostiqué d'abord empoisonnement.

L'auteur rapporte deux autres cas où le diagnostic fut fait à l'autopsie : a. — après avoir mangé des moules, une femme meurt subitement ; on croit à un empoisonnement, autopsie : rupture de grossesse tubaire.

b. — Mort subite après avoir mangé une glace. Autopsie : rupture de grossesse tubaire.

Obs. LX. — Clutton (*Ibidem*).

Rupture simulant l'étranglement aigu ou la perforation de l'intestin. — F. 40 ans, pas d'enfant depuis dix ans, règles régulières. Elle présente subitement les symptômes suivants : vomissements, faiblesse, prostration, obstruction aiguë de l'intestin ; ne rend ni matières ni gaz. Laparotomie. Flot de sang à l'ouverture de l'abdomen. Rupture tubaire. Guérison.

Obs. LXI. — Gamgee (*Ibidem*, p. 1368.)

35 ans, Vpare, dernier enfant, 7 ans. Légère perte le 18 septembre, époque à laquelle elle attendait ses règles ; le 19, crise douloureuse ; le 22, nouvelle crise suivie de vomissements, de collapsus. Laparotomie douze heures après le début. Abdomen plein de sang, rupture de la trompe gauche. Guérison.

Obs. LXII. — Gowans (*Ibidem*, p. 1438).

IIIpare, 37 ans. Règles le 25 mars ; douleurs violentes et pertes en mai ; le 25, faiblesse subite, collapsus. Le 28, état grave, on n'ose faire l'opération. Laparotomie le 1^{er} juin. Abdomen plein de sang ; au milieu flottait un fœtus de 3 mois. Guérison.

Obs. LXIII. — Bland Sutton (*Tr. of the Gyn. Soc. of Lond.*, 26 août 1895).

Femme de 22 ans, pas d'enfants, règles il y a quatorze jours. La nuit précédente, douleur intense dans le ventre ; deuxième crise quelques heures après ; vomissements, pâleur, pouls petit, voix faible. Rien du côté des seins, col mou. Les vomissements, l'absence de tympanisme, la persistance de la matité du foie font éliminer la perforation stomacale. Les symptômes

d'hémorragie interne font poser le diagnostic de G.E.U. Laparotomie vingt-quatre heures après début. Evacuation d'une grande quantité de sang ; rupture près de l'angle droit de l'utérus, de laquelle sortait du sang rouge vif. Ligature, ablution. Guérison. Caduque épaisse dans l'utérus.

Obs. LXIV. — W. Duncan (*In. trans. of the obst. Soc. of Lond.*, 1893, p. 244).

F. 32 ans; dernières règles, mai; se croyait enceinte. Le 31 août, à la suite d'un voyage en omnibus, eut des douleurs comme celles du travail. Diagnostic : fausse-couche; du 4 au 12 septembre, les douleurs et les pertes augmentent; le diagnostic de G. E. U. est fait; un second médecin, appelé en consultation, diagnostique une cellulite pelvienne. Le 26 septembre, nouvelle crise. Laparotomie d'urgence. Quantité considérable de sang liquide et en caillots. Trompe rompue dans son tiers externe. Ablation. Guérison.

Obs. LXV. — Dunbar Hooper (*Austr. Med. J.*, 1893, p. 106).

36 ans. Mariée depuis treize ans, pas de grossesse. Dernières règles, 7 octobre 1894. Le 5 janvier, douleur aiguë, faiblesse, vomissements, collapsus ; entre à l'hôpital. Diagnostic : G. E. U. rompue ; on attend vingt-quatre heures pour que le shock soit moins prononcé. Opération le 8. Le 6 elle avait expulsé une caduque. A l'ouverture du péritoine, un flot de sang noir jaillit. Ablation rapide de la trompe droite, fœtus de 2 mois et demi. Guérison.

Obs. LXVI. — W. Forbes (*Ibidem*, p. 498).

α.— 30 ans, 4 enfants. Retard de quinze jours à la dernière période menstruelle, aussitôt après, douleur dans la région iliaque gauche, vomissements, faiblesse; deux attaques semblables à deux semaines d'intervalle. Collapsus à la dernière

crise. Abdomen sensible, pas de fluctuation vraie, mais une sorte de mollesse comme s'il y avait un liquide dense dans le péritoine. Opération : grande quantité de caillots et de sang dans le péritoine, tumeur grosse comme un œuf sur la trompe gauche.

b. — 42 ans, 11 enfants, le dernier a 14 ans ; douleur aiguë dans la fosse iliaque droite ; cette douleur persiste une semaine, elle perdait légèrement ; on trouve une caduque dans son pansement. Laparotomie. Flot énorme de sang noir et quelques caillots ; tumeur sur la trompe droite avec une large déchirure à sa partie supérieure. Guérison. L'intérêt de ce cas ajoute Forbes, est dans la présence d'une si énorme quantité de sang dans le péritoine sans tendance au collapsus.

OBS. LXVII. — Ern. Pestalozza (*Ann. di Ostetri e Gyn.*, 1895.)

30 ans, 3 enfants ; entre à l'hôpital le 23 mai, souffrait dans le ventre depuis plusieurs jours : tumeur des annexes droites. Symptômes s'aggravant. Laparotomie le 11 juin ; on trouve une hémorragie non enkystée abondante. Ablation du sac formé par la trompe droite rompue, lavage, guérison.

OBS. LXVIII. — Rymsche (*Soc. Med., Saint-Petersb.*, 1895.)

6 cas de G. E. U. avec rupture du sac. Dans tous ces cas, les phénomènes consécutifs à la rupture du sac avaient été d'une telle acuité que la laparotomie était devenue indispensable. La trompe déchirée était libre dans la cavité abdominale et n'était nullement adhérente. Le sang était répandu dans toute la cavité péritonéale, ce qui explique que l'on a trouvé ces femmes avec un pouls à peine perceptible et dans une anémie profonde. Ces 6 malades guérissent.

OBS. LXIX. — Muret (*Rev. Med. de la Suisse Rom.*, 1895, p. 284.)

Présente pièces provenant de laparotomie d'urgence faite à

domicile, dans un cas d'hémorragie interne, due à rupture de grossesse tubaire. Fœtus de 3 mois. Caduque expulsée quatre jours après l'opération. Diagnostic fait quinze jours avant l'opération, et celle-ci pratiquée à la suite du troisième accès d'hémorragie interne. Guérison.

OBS. LXX. — Mauerhofer (*Ibidem*, p. 293.)

Mme R., 36 ans; examinée le 30 novembre par l'auteur, qui constate une hématoçèle retro-utérine, due probablement à la rupture d'une grossesse tubaire. Vu la consistance dure de la tumeur, on décide de ne pas intervenir chirurgicalement. Le 3 décembre, une hémorragie foudroyante emportait la malade, ce qui confirmait le diagnostic.

OBS. LXXI. — Halliday Croom (*Nouv. Arch. d'Obst. et Gyn.*, 1895, p. 110).

Multiparè présentant symptômes de la G. E. U. Le jour même où l'auteur se disposait à enlever la tumeur avant sa rupture, la malade éprouve de vives douleurs abdominales et perd du sang. Laparotomie; trompe rompue et hémorragie dans la cavité péritonéale. Grossesse de 3 mois. Guérison.

OBS. LXXII. — Jarman (*Repert univ. d'Obst. et de Gyn.*, 1895, p. 387).

35 ans, 3 enfants. Règles 10 avril 1894; 11 juin, douleur paroxystique dans la fosse iliaque droite. Nouvelle crise dans la nuit; pas de température, P. 76; tout fait supposer que la rupture a dû se faire dans le ligament large; 15 juin, curettage. Laparotomie: on trouve une pinte de sang frais dans la cavité péritonéale; il y avait eu une nouvelle crise dans la matinée. Guérison.

OBS. LXXIII. — Malherbe (*Soc. anat.*, 1895.)

34 ans, pâle, pouls incomptable; la veille, prise subitement

de douleurs. Une hernie inguinale qu'elle avait devient dure, tendue, très douloureuse. Rétention d'urine, vomissements continuels, pas de gaz, pas de selles. Un médecin appelé pratique le taxis pendant un quart d'heure et produit une syncope. Dernières règles, 23 novembre. Accouchement anormal il y a huit ans. Diagnostic : hernie inguinale gauche étranglée. Ponction du sac laisse écouler liquide noir ; sac vide, mais grande quantité de sang ; large incision, trompe gauche, volume d'une noix, présentant très petite rupture par laquelle s'est faite l'hémorragie abondante. Guérison.

OBS. LXXIV.— Mermet (*Ibidem*).

35 ans, enfant de 10 ans ; deux mois d'aménorrhée. Il y a 6 jours, début cataclysmique avec phénomènes d'occlusion intestinale. Traitement médical, l'état général devenant plus mauvais, l'hémorragie semble continuer. Opération le neuvième jour après le début. Intervention par la voie vaginale ; un litre et demi de sang liquide. Impossibilité d'assurer l'hémostase ; on enlève l'utérus, mais on ne peut enlever les annexes ; pincés à clamp sur les deux ligaments larges. Mort 10 heures après l'intervention, malgré les injections de sérum. A l'autopsie, on constate que toute la cavité pelvienne était pleine de caillots récents ; pas de traces d'enkystement. Rupture de la trompe droite, 3 centimètres.

OBS. LXXV. — Demoulin (*Ann. de Gyn.*, 1895, T. II, p. 454).

Laparotomie huit heures après le début des accidents. — 30 ans, règles, retard six semaines. Crise douloureuse à 10 heures du matin. A 6 heures du soir, symptômes d'hémorragie interne grave. T° 35° 7. Intestins flottant à la surface d'une nappe sanguine. Rupture de la trompe gauche ; « elle saigne dans la main ». L'opération dure 18 minutes. La rupture avait 1 centimètre et demi. Guérison.

OBS. LXXVI. — Grant Baldwin (*Brook. Med. J.*, 1895, p. 680.)

a. — 18 ans. Douleurs depuis deux mois; légère perte, sang noir comme du goudron, caillots, lambeaux de membranes. Diagnostic : fausse-couche; deux jours après son entrée à l'hôpital, diagnostic exact fait. Laparotomie, cavité abdominale pleine de sang. Pas trace d'enkystement, et cependant début deux mois avant. Guérison.

b. — Grossesse double, l'une intra, l'autre extra-utérine; celle-ci rompue. Collapsus. Mort sans intervention vingt-quatre heures après début, trois mois.

OBS. LXXVII. — Walter B. Chase (*Ibidem*, 1896, p. 293).

35 ans, 7 enfants, crise fin juillet; en octobre, tumeur du volume d'un utérus de 3 mois. Grossesse dans le ligament large. Opération refusée. Le 1^{er} novembre, crise à 4 heures. Mort à 8 heures. Abdomen plein de sang, rupture du ligament large droit communiquant avec le sac fœtal. Première rupture dans le ligament, seconde dans le péritoine. Fœtus, 5 mois.

OBS. LXXVIII. — Emily F. Murphy (*Bost. Med. and Surg. J.*, 1896).

39 ans, 4 enfants, le dernier 12 ans. Le 28 septembre 1895, perte jusqu'au 25 février. Le 9 mars, à 4 heures de l'après-midi, elle éprouve une douleur atroce dans la partie inférieure de l'abdomen; deuxième crise, le 10 mars. Elle avait une hernie inguinale gauche datant de 5 ans. Vomissements nombreux et foncés. T. 99°,3. Le 11, douleur persistante siégeant à gauche dans la région de la hernie et s'irradiant dans la cuisse. La hernie avait augmenté de volume, elle était irréductible. Perte rouge foncé par le vagin : on trouvait deux masses dans les culs-de-sac. Diagnostic : hernie étranglée, compliquée de G. E. U. Opération. Incision de la peau sur la hernie, sac mis à nu, aspect bleu foncé; on trouve à l'ouverture du sac du sang liquide, mais pas de trace d'intestin; on

ferme l'anneau et on fait la laparotomie médiane ; sang liquide et caillots en grande quantité ; rupture de la trompe droite. Lavage, drainage. Guérison. Grossesse de 2 à 3 mois.

Obs. LXXIX. — Elisha Boland (*Ibidem*, p. 161).

a. — 26 ans, 1 enfant, pas de règles en septembre 1894. Douleurs abdominales jusqu'au jour de l'opération. Le 4 octobre, à 6 h. 30, douleur intense, comme une douleur du travail. Extrémités froides, face pâle, sueur, P. 120, hypothermie ; à 9 heures, abdomen sensible, matité à gauche, P. 140. Tellement exsangue que l'incision ne donne pas de sang. Cavité contenant plus d'un quart de sang. Transfusion saline. Guérison en vingt jours.

b. — 33 ans, 4 enfants ; aménorrhée 2 mois ; caduque ; se croyait enceinte. Rupture sentie nettement par la malade : une demi-heure après, face pâle, sur laquelle perlait la sueur ; inconsciente. Pendant l'opération, deux fois on la croit morte, le pouls ayant cessé de se faire sentir. Flot de sang. Toilette du péritoine incomplète ; stimulants. Guérison lente.

c. — 40 ans, 2 enfants, plusieurs fausses couches. Le diagnostic ne fut pas porté fermement dans ce cas. La douleur avait été soudaine, mais l'hémorragie se faisait graduellement, quoique très abondante ; l'aspect frappant du collapsus péritonéal faisait défaut. Trompe gauche rompue. Guérison.

d. — 30 ans, règles régulières : douleurs abdominales depuis quelques semaines. 2 mars 1896, à 9 heures du soir, elle prend un lavement ; à minuit, douleur très intense ; à 1 heure, syncope ; aspect d'un cadavre. Délire. P. 138. Membres froids, hypothermie. Pupilles dilatées ne réagissant pas à la lumière ; par la palpation, on trouve sang liquide dans la partie inférieure de l'abdomen. Flot de sang à l'ouverture du péritoine ; stimulants. Guérison. Grossesse, 7 semaines.

e. — Il eut un autre cas, dix-neuf jours après sa communi-

cation : cas typique de rupture tubaire. Au moment où il voit la malade, il y avait quatorze heures que la rupture avait eu lieu. L'opération est refusée, puis faite quarante heures après le début. Elle vécut 8 jours.

L'auteur ajoute : « Je suis convaincu qu'elle aurait guéri si l'opération avait été faite à la première proposition. Son état à ce moment n'était pas plus désespéré que dans trois des cas rapportés plus haut. »

Obs. LXXX. — J. F. W. Ross (*Am. J. of. Obst.*, 1896, p. 234).

G. E. U. répétée. Première opération, 1891, à 24 ans. Deuxième en octobre 1895. Vingt heures après le début : collapsus, semble sous le coup d'une hémorragie interne grave, couleur jaune pâle spéciale ; facies anxieux, respiration rapide, hypothermie. Règles il y a deux semaines. Le sang jaillit à l'ouverture du péritoine. Abdomen plein de sang. Lavage, drainage. Guérison.

Obs. LXXXI. — J. M. Hundley (*Ibidem*, p. 264).

30 ans, négresse, 6 enfants, dernier 6 ans. Règles en juillet : en août, perte d'un jour ; en septembre et en octobre, perte chaque jour. Le 10 octobre, douleur intense dans la région ovarienne gauche. Opération le 24. Diagnostic porté : inflammation pelvienne. Diagnostic fait à la hâte, on ne pensait pas à la G. E. U. Laparotomie. Guérison.

Obs. LXXXII. — W. Moseley (*Ibidem*, p. 682).

Grossesse double, intra et extra utérine : règles manquent en septembre 1895 ; en octobre, symptômes de grossesse ; le 27 novembre, douleur intense dans l'abdomen. Examen le 6 décembre : utérus de 3 mois 1 2 ; tumeur à droite. Opération remise à dimanche. Samedi matin, crise ; à 8 heures du soir elle était mourante. Injection intra-veineuse, le pouls remonte. Opérée dans son lit, sans anesthésie. Abdomen plein

de sang. Trompe droite rompue dans son tiers externe. Mort quarante-huit heures après son entrée à l'hôpital. Autopsie : second fœtus dans l'utérus.

Obs. LXXXIII. — Henry Moffatt (*Polyclinic*, 15 février 1896).

G. E. U. diagnostiquée après rupture. Opération d'urgence. Laparotomie. Guérison.

Obs. LXXXIV. — Fr. England (*Canada Med. Rec.*, 1896, p. 427).

a. — 43 ans, IIpare, le dernier 9 ans. Dernières règles, décembre 1895. Le 12 février, douleur atroce. Crises successives le 15 et le 19. Diagnostic : G. E. U. rompue à la 6^e semaine. Le 20, pâleur ; matité qui se déplace quand la malade change de côté, il faut une ou deux minutes pour qu'elle apparaisse. Opération d'urgence. Hypothermie. Flot de sang à l'ouverture du péritoine. Pince sur l'artère ovarienne. Injection de 10 onces de solution saline dans la veine médiane basilique. Guérison.

b. — 39 ans, un enfant à 21 ans. Règles il y a deux mois : Douleur atroce dans le ventre le 5 avril ; pâleur et faiblesse extrêmes. Diagnostic fait ; opération le 9. Cavité péritonéale pleine de sang. Rupture de la trompe droite. Guérison.

Obs. LXXXV. — G.-E. Rennie (*Austr. Med. Gaz.*, Sydney, 1896).

a. — 32 ans ; 3 enfants. Règles régulières. Douleur abdominale soudaine, légère perte vaginale ; un docteur appelé la trouve dans le collapsus ; croyant à un avortement, il fait un curettage ; elle était morte avant la fin de l'opération. Autopsie : quatre quarts de sang. Fœtus de 8 semaines, trompe gauche.

b — 60 ans : 3 enfants ; on la trouve étendue sur le parquet, agonisante. Douleurs abdominales atroces, vomissements. Début à 3 heures de l'après-midi, mort à 10 h. 1/2 du soir.

Plusieurs pintes de sang dans la cavité péritonéale. Trompe droite.

c. — 21 ans, éprouva tout à coup une sorte de déchirure, en même temps qu'elle ressentait une douleur dans l'abdomen. Vomissements, diarrhée ; mort dix-neuf heures après le début. Autopsie. Lait dans les seins, abdomen plein de sang. Trompe droite rompue à son union avec l'utérus. Fœtus long de 1 ponce.

OBS. LXXXVI. — Ralph. Worrall (*Austr. Med. Gaz.*, 1896).

a. — Multipare, absence de règles le mois précédent. 2 attaques de collapsus ; opération trois jours après la deuxième crise. Pâle, regard anxieux, langue sèche, abdomen très distendu et sensible ; utérus augmenté, orifice entr'ouvert. Laparotomie. Péritoine très foncé, contenant plusieurs pintes de liquide ; à droite, déchirure. Drainage par le cul-de-sac de Douglas. Guérison.

b. — 25 ans ; enfant de 7 ans ; amenée à l'hôpital dans le collapsus ; « aussi blanche que son oreiller ». Début dix-huit heures avant l'opération. Dernières règles, il y avait un mois. A l'incision, tissus exsangues, pas un seul vaisseau saignant. Le péritoine ouvert, un flot de sang jaillit. Trompe droite rompue. Drainage par le douglas. Guérison.

Dans les deux cas, le diagnostic de G. E. U. rompue, avait été porté.

Dans le premier cas, la première rupture s'était produite dans le ligament large, la deuxième rupture eut lieu dans la cavité péritonéale.

Dans le second cas, l'état général était si mauvais, que l'opération fut faite comme un pis-aller.

OBS. LXXXVII. — Wesley Bovée (*J. Am. Med. Assoc.*, 1896, p. 668).

22 ans ; enfant de 3 ans. Dernières règles, 12 décembre 1895.

Le 27 février, douleur intense qui l'oblige à garder le lit. Amenée le 2 mars à l'hôpital, extrêmement faible, exsangue. Muqueuses pâles, pouls faible, hypothermie. Fœtus de 6 semaines. Grande quantité de sang et de caillots ; rupture de la trompe gauche (le corps jaune était dans l'ovaire du côté droit) ; caillots sous le foie, sous la rate, sous le diaphragme. Lavage de la cavité. Injection sous-cutanée de 1.500 cc. de solution saline. Guérison.

Obs. LXXXVIII. — Briggs. (*Brit. Med J.*, 1896, p. 434).

Rapporte 4 cas :

1^{er} Cas. — Grossesse très avancée ; 6 mois. Opération seize heures après le début des accidents, le placenta fut laissé. Drainage. Guérison.

2^e Cas. — 10 semaines : opération longue, difficulté à arrêter l'hémorragie. Mort au huitième jour.

3^e Cas. — 8 semaines. Il ne fit pas de ligature et arrêta l'hémorragie par un tamponnement avec de la gaze, procédé dont il se loue hautement. Guérison.

4^e Cas. — 9 semaines. Même méthode. Guérison.

Obs. LXXXIX. — J.-M. Bone (*Ibidem*, p. 400).

Multipare. Règles le 20 mai. Le 20 juin, douleur aiguë analogue à des coliques et sensation de lourdeur ; perte la semaine auparavant. Utérus augmenté, déplacé à droite. Col mou et béant. Tumeur sur la trompe gauche. Aréole plus foncée. Vomissements et nausées. Quelques heures après cet examen, il est rappelé, il trouve la femme dans le collapsus ; lèvres décolorées, pouls faible et rapide. Abdomen distendu, il n'y a plus trace de la tumeur trouvée quelques heures avant. Injection : digitale, strychnine. Durant les vingt-quatre heures suivantes, elle commence à se remonter légèrement. Laparotomie. Rupture d'un quart de pouce sur la

trompe gauche. Cavité abdominale remplie de sang. Guérison.

Obs. XC. — Harrison Cripps (*Ibidem*, p. 782).

1^{er} CAS. — 43 ans ; 3 enfants. Dernières règles, fin août. 6 semaines d'aménorrhée ; perte durant sept jours en octobre, accompagnée de douleurs ; le 4 décembre, elle ressent dans l'abdomen une douleur violente qui dure treize jours. Le quatorzième jour, deuxième crise douloureuse, elle entre à l'hôpital très pâle, pouls faible et rapide, abdomen distendu. Toucher négatif. En ouvrant la cavité abdominale, un grand flot de sang et de caillots (évalué le tout à quelques pintes) sort par la plaie. Sur la trompe droite, tumeur grosse comme un œuf de pluvier. Trois jours après, expulsion d'une caduque. Guérison.

2^e CAS. — 27 ans, dernier enfant 5 ans, pertes vaginales, douleurs durant le mois dernier ; tumeur à droite, un mois de repos au lit. Rupture, l'épiploon adhérait à la paroi abdominale. Guérison.

3^e CAS. — 36 ans. Aménorrhée de six semaines. Douleur abdominale intense tandis qu'elle se promenait dans la rue ; dix jours avant, elle avait eu une crise semblable après avoir été battue à coups de pied par son mari. A l'ouverture de l'abdomen, il sortit un flot de sang liquide et en caillots avec un fœtus de 1 pouce. Trompe gauche dilatée et rompue. Le quatrième jour après l'opération, symptômes d'obstruction intestinale qui nécessitèrent une entérotomie temporaire. Guérison.

4^e CAS. — 31 ans, III^e pare. Il y a 15 jours elle reçut un coup dans l'abdomen et ressentit à cette occasion une douleur atroce qui reparut trois jours après accompagnée de vomissements. A son entrée à l'hôpital, abdomen distendu et sensible, matité dans les deux flancs. Après un repos de dix jours nouvelle crise, laparotomie. Grande quantité de sang frais. La

trompe droite était adhérente à l'épiploon, sac de la grosseur d'un œuf de poule. Guérison.

XCI. — Mayo Robson (*Ibidem*, p. 893).

a. — Femme d'un médecin qui, en déjeunant, s'était trouvée mai tout à coup. Elle était récemment mariée ; menstruation, retard de 15 jours. Sans pouls, aussi pâle que le drap sur lequel elle repose. La douleur soudaine dans l'abdomen suivie de collapsus, et la présence d'un « thrill » liquide dans la partie inférieure de l'abdomen, rendaient le diagnostic évident. Laparotomie : trompe rompue et encore saignante. Plusieurs pintes de sang et de caillots furent enlevées de l'abdomen. Guérison rapide.

b. — Jeune femme, douleur subite, suivie de faiblesse et de plusieurs attaques de collapsus : une période d'aménorrhée ; présence de liquide dans l'abdomen. Diagnostic : rupture de grossesse tubaire ; vérifié à l'opération. Guérison rapide.

XCII. — Alban Doran (*The Lancet*, 1896, p. 836).

a. — 25 ans. Depuis deux mois plusieurs attaques violentes de douleurs suivies de syncope. A l'examen on trouve une tumeur dans la fosse iliaque droite, poussant l'utérus en haut et à gauche. Elle entre à l'hôpital ; durant la nuit, crise caractéristique ; le lendemain, très pâle et faible. Opération d'urgence. Après avoir enlevé une grande quantité de sang et de caillots, on trouve un sac rompu et saignant librement. Fœtus de 5 pouces. Ablation des caillots libres : on laisse le coagulum à moitié organisé qui adhérait fortement au péritoine. Guérison.

b. — 40 ans, un enfant il y a 13 ans. une période d'aménorrhée ; 3 semaines après douleur subite, intense dans la fosse iliaque droite, suivie de pâleur et de collapsus.

Au toucher on trouve dans le cul-de-sac droit une tumeur. Après une semaine de repos, nouvelles attaques, pertes de lambeaux suspects venant de l'utérus. Opération un mois exactement après la première crise douloureuse. Plusieurs onces de sang dans le bassin, déchirure à la partie supérieure du sac qui saignait très librement, ablation. Guérison.

XIII. — Lewers (*Ibidem*, p. 489).

34 ans, sans menstruation depuis deux mois; dernière grossesse il y a 4 ans, se plaignait de douleurs et de faiblesse depuis quinze jours. Douleur atroce. Etat très grave; utérus augmenté et tumeur indéfinissable à droite et derrière celui-ci. Le pouls devenait plus rapide et l'état général plus mauvais; la laparotomie est faite. Abdomen plein de sang, trompe droite rompue et saignante encore. Ablation des deux trompes, drainage. Guérison.

XIV. — A. R. Kimcha (*Soc. d'Acc. et de Gyn.*
Saint-Petersbourg, 1893).

a. — Trompe droite; grossesse 2 mois $1/2$, rupture large comme une pièce d'un franc. La malade a été opérée d'urgence, la nuit, presque exsangue, 12 heures après la rupture. Le sang liquide et les caillots emplissent tout l'abdomen. Morte de péritonite trois jours après. Embryon 7 centimètres.

b. — Trompe gauche gravide de 2 mois $1/2$: aspect le même que dans le premier cas, embryon 5 cent. $1/2$. La malade opérée 9 heures après la rupture, très anémiée; guérit sans accidents.

XV. — Doléris (*An. Gyn. et Obst.*, 1896, p. 325).

Femme de 30 ans, dernières règles le 5 janvier, première crise le 9 février, deuxième crise le 6 mars, le 12 mars troi-

sième crise à l'occasion d'un lavement. Opération le 13 mars. T. 35°4. Rupture de la trompe droite; 1 litre 1/2 de sang. Guérison.

XCVI. — Vasten (*Ibidem*, p. 405).

Rapporte 18 cas de ruptures de G. E. U. où les malades furent opérées *in extremis*, de 4 à 12 heures après la rupture, toutes opérées dans la position de Trendelenburg; faiblement anesthésiées. Il laissait une grande partie du sang épanché, estimant que la résorption par le péritoine est rapide, et que les malades retirent un grand bénéfice de ce procédé; il signale seulement un peu d'ictere hemaphérique du deuxième au quatrième jour, il perdit seulement 2 de ses 18 malades.

XCVII. — Brodier (*Semaine Gynéc.*, 1896).

30 ans, amenée mourante à l'hôpital Necker : symptômes d'hémorragie interne grave, hypothermie. Laparotomie: aussitôt le péritoine ouvert, il s'écoule à l'extérieur une grande quantité de sang noirâtre dans lequel flottent les anses intestinales, l'utérus est attiré dans la plaie. La malade cesse de respirer, on suspend l'anesthésie; respiration artificielle. Ligature et ablation des annexes des deux côtés. La trompe gauche est rompue dans son tiers externe, la malade respirant plus facilement on fait la toilette du péritoine, et dans les caillots on trouve deux fœtus de 7 centimètres. A la fin de l'opération la malade cesse de respirer de nouveau, on referme rapidement la paroi à l'aide de trois sutures en masse avec trois fils de soie séparés. Guérison, 3 semaines.

LCVIII. — Ricard (*Soc. de Chirurgie*, janvier et février 1895).

Rapporte le troisième cas observé par lui. Appelé à la Pitié dans le service du Dr Reclus. « Jeune femme mourante, froide, « presque sans pouls, état si grave que M. Reclus qui avait

« vu la malade dans la matinée avait cru ne pas devoir inter-
« venir. Devant la mort imminente, M. Ricard n'hésita pas à
« pratiquer la laparotomie après un semblant d'anesthésie.
« Incision menée rapidement s'avance dans les tissus périto-
« néaux infiltrés de sang, au milieu desquels se trouvait la
« vessie qui fut ouverte. » L'auteur insiste sur la fréquence
de l'incision vésicale dans les cas de gros épanchements
intra-abdominaux. « Péritoine inondé de sang non coagulé
« au milieu duquel baignaient et nageaient les anses intesti-
« nales. » La trompe gauche était rompue près de son insertion
utérine et un faible suintement de sang continuait à se faire
à ce niveau. Trompe enlevée. Mickulicz, suture de la vessie.
Réunion par première intention. Guérison rapide.

XCIX. — Doléris.

R. C. 25 ans. Grossesse les premiers jours d'avril. Crise le
7 juillet. Le 18 août douleur violente à droite. 22 août troi-
sième crise, symptômes d'hémorragie interne grave. Le mé-
decin ne veut pas prendre sur lui la responsabilité d'une inter-
vention. Mort, autopsie. Kyste fœtal rompu. Abdomen plein
de sang.

C. — Rochet (*Ibidem*, p. 75).

Rapporte 6 cas opérés avec 5 succès et un septième cas où
la rupture fut foudroyante.

CONCLUSIONS

I. — Nous concluons avec d'autres auteurs que la grossesse extra-utérine est plus fréquente qu'on ne le croit généralement.

II. — Les hémorragies péri-utérines ont presque toujours pour point de départ une grossesse ectopique.

III. — Le plus souvent la grossesse ectopique aboutit à l'hématocèle vraie (hématocèle rétro-utérine de Nélaton); mais la terminaison par inondation péritonéale (hématocèle cataclysmique de Barnes) est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet en général.

IV. — Quand une femme, à la suite d'une ou plusieurs crises douloureuses, présente les symptômes d'une hémorragie interne, précédés et accompagnés de troubles de la menstruation, de symptômes réflexes de la grossesse, de douleurs pelviennes, etc., il faut de suite songer à la rupture tubaire.

V. — La véritable nature de l'accident n'est pas toujours facile à reconnaître. Mais, comme l'a dit M. Picqué : « Il ne faut pas perdre son temps au diagnostic d'étiquette, il faut saisir rapidement l'indication opératoire », fournie dans ce cas par les symptômes d'hémorragie interne suffisants à eux seuls pour rendre l'intervention nécessaire et urgente.

VI. — Il faut, par la laparotomie immédiate, assurer l'hémostase; seul ce mode d'intervention permet d'arriver rapidement et directement sur la source de l'hémorragie. D'après l'étude des observations que nous rapportons, c'est une opération relativement facile à pratiquer et qui a fourni 86,4 p. 100 de guérisons.

VII. — Pour traiter le symptôme anémie consécutive à l'hémorragie, il faudra faire suivre l'opération d'injections sous-cutanées ou intra-veineuses de sérum artificiel.

Ces conclusions sont tirées de l'étude de 173 observations recueillies pour la plupart de 1894 à 1896.

Vu : *le Doyen de la Faculté,*
P. BROUARDEL.

Vu : *le Président,*
A. LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

